

KAKSISUUNTAISEN MIELIALAHÄIRIÖN TULKINTAA PSYKOANALYYTTISESSÄ VIITEKEHYKSESSÄ

Oulun Yliopisto

Kasvatustieteiden tiedekunta

Kasvatuspsykologian pro gradu -tutkielma

Kevät 2013

Iida Kylmänen

Marisa Rakennuskoski



Kasvatustieteiden tiedekunta

Tiivistelmä opinnäytetyöstä

Kasvatustieteen koulutus		Tekijä Kylmänen Iida Rakennuskoski Marisa	
Työn nimi Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tulkintaa psykoanalyttisessä viitekehyksessä.			
Pääaine Kasvatuspsykologia	Työn laji KM	Aika Maaliskuu 2013	Sivumäärä 105
Tiivistelmä <p>Tämän Pro gradu – tutkielman tavoitteena on herättää ajatuksia ja keskustelua. Haluamme tuoda esiin bipolaarihäiriöstä vallalla olevan nykykäsityksen, jonka mukaan häiriön syy piilee biologiassa. Pylimme tutkimuksessamme selvittämään sitä, voisiko kaksisuuntaisen mielialahäiriön taustalla olla muutakin kuin biologiaa, ja sitä voitaisiinko häiriötä tulkita psykoanalyttisessä viitekehyksessä.</p> <p>Pro gradu – tutkielmamme koostuu sekä teoreettisesta kirjallisuuskatsauksesta että empiirisestä elämäkertatutkimuksesta. Kirjallisuusosuudessa tulkitsemme bipolaarihäiriöstä kärsivien ihmisten kokemuksia ja ajatuksia häiriön syntymisestä. Elämäkertatutkimuksessa puolestaan keskitymme tutkimushaastattelun avulla hahmottamaan kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivien ihmisten elämänkulkua ja kokemushistoriaa. Sekä teoreettinen että empiirinen osuus tulkitaan psykoanalyttisessä viitekehyksessä.</p> <p>Teoriaosuuden tutkimusongelmat ovat ”Voiko kaksisuuntaisen mielialahäiriön taustalla olla muuta kuin biologiaa?” ja ”Voidaanko kaksisuuntaisen mielialahäiriön syntyä selittää psykoanalyttisestä näkökulmasta?”. Tutkimusosuuden tutkimusongelmiksi muodostuivat kysymykset: ”Onko haastateltavan elämässä, etenkin lapsuudessa, tapahtunut jotain sellaista, joka olisi voinut traumatisoida haastateltavaa jollain tasolla?” Jos, niin: ”Ovatko nämä traumat voineet vaikuttaa haastateltavan bipolaarihäiriön syntymiseen?” Suoritimme empiirisen tutkimuksemme kvalitatiivisin keinoin. Tutkimusmenetelminä käytimme tutkimushaastattelua, jonka suoritimme elämäkertatutkimuksena psykoanalyttisessä viitekehyksestä käsin. Tutkimushenkilöinä toimivat kaksi bipolaarihäiriön diagnoosin saanutta miestä. Heidän kanssaan käydyistä tutkimushaastatteluista kerätyn datan purimme elämäkulkututkimuksen menetelmin ja painotimme aineiston analyysissa psykoanalyttistä näkökulmaa.</p> <p>Tärkeimpinä tuloksina pidämme sitä, että kaikkien kirjallisuuden kautta löytämiemme sekä haastateltaviemme elämäntarinoista löytyi asioita jotka voidaan psykoanalyttisessä näkökulmasta tulkita mahdollisiksi bipolaarihäiriön aiheuttajiksi. Tutkimuksemme siis osoittaa että on mahdollista, että bipolaarihäiriöön sairastumisen selitys olisi muualla kuin geeneissä tai biologisissa syissä. Näin ollen voidaan ajatella että bipolaarihäiriötä voitaisiin hoitaa ja että siitä voisi jopa parantua psykoanalyysin menetelmin.</p> <p>Haastetta aiheen käsittelyyn toi yleinen näkemys kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä biologisena häiriönä sekä suppea kirjallisuus bipolaarihäiriöstä psykoanalyttiseltä katsantokannalta käsin katsottuna. Tutkimuksen otannan ollessa näin pieni, tulosten yleistettävyydestä ei varsinaisesti voida puhua. Toivomme kuitenkin että tämä tutkimus päätyisi sellaisten ihmisten käsiin joita bipolaarihäiriö jollain tapaa koskettaa, ja että näin voisimme herättää ajatuksia terapian tärkeydestä osana häiriön hoitoa. Psykoanalyttinen viitekehys josta käsin häiriötä tarkastelimme, antaa paljon toivoa siitä että häiriö voidaan saada hallintaan muutenkin kuin mielialaa lääkkeiden avulla tasaamalla ja oireita hillitsemällä.</p> <p>Koemme onnistuneemme, mikäli yksikään tästä mielialahäiriöstä kärsivä henkilö kokee saavansa tutkimuksestamme jotain: oli se sitten vertaistukea, kipinän terapiaan hankkiutumiselle, tai vaikkapa toivoa siitä ettei hänen saamansa diagnoosi olisikaan elinkautinen.</p>			
Asiasanat Kaksisuuntainen mielialahäiriö, bipolaarinen häiriö, psykoanalyysi, kvalitatiivinen tutkimus, elämäkertatutkimus, haastattelututkimus, psykologia, mielenterveyshäiriö, masennus, mania			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	2
2	KIRJALLISUUSKATSAUS BIPOLAARISEEN MIELIALAHÄIRIÖÖN	7
2.1	Hypomania, oirekuvaus ja hoito	8
2.2	Mania, oirekuvaus ja hoito	10
2.3	Depressio, oirekuvaus, hoito ja psykologista taustaa	12
2.4	Psykoanalyttinen lähestymistapa	16
2.4.1	Psykoanalyttiset masennusteoriat	21
3	KIRJALLISTEN AINEISTOJEN TULKINTA	24
3.1	Kertomukset ja huomioita	26
3.2	Päätelmiä bipolaarista mielialahäiriötä aiheuttavista tekijöistä	35
4	HAASTATTELUTUTKIMUS	48
4.1	Elämäkertatutkimus	49
4.2	Tutkimusongelmat	52
4.3	Tutkimushenkilöt, aineistonhankinta ja tutkimusmenetelmät	54
4.4	Aineiston analyysi	58
4.4.1	Pekka	60
4.4.2	Kalle	64
5	TUTKIMUSTULOKSET	67
5.1	Haastateltavan (Pekka) elämänkulku ja elämäntapahtumat	68
5.2	Haastateltavan (Kalle) elämänkulku ja elämäntapahtumat	71
5.3	Haastateltavan elämänkulun ja kokemusten teoreettista tarkastelua	74
6	POHDINTA	77
6.1	Luotettavuustarkastelu	77
6.2	Tulosten ja tutkimuksen tarkastelu	82
7	LÄHTEET	85

1 JOHDANTO

”Kaksisuuntaisen mielialahäiriön yleisyyttä ei ole pystytty tarkasti määrittelemään, mutta arvioiden mukaan siitä kärsii reilu prosentti väestöstämme. Sairaus puhkeaa yleensä nuorena aikuisena 15–35 vuoden iässä, ja se on yhtä yleinen naisilla ja miehillä. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön syitä ei toistaiseksi tunneta.”¹

Haettaessa hakusanalla “kaksisuuntainen mielialahäiriö” tulee ensimmäiseksi sivusto, jolta kyseinen toteamus löytyy. Tämä määrittely on suhteellisen neutraali verrattuna muihin, sillä vaikka kaksisuuntaisen mielialahäiriön alkuperää ei vielääkään tunneta on melkeinpä kirjoittamaton sääntö, että ollaksesi uskottava psykiatri tai psykologi on sinun oltava valtavirran kanssa samaa mieltä siitä että häiriö on perinnöllinen ja että sen taustalla on luultavasti aivojen välittäjäaineiden häiriötila. Me haluamme tämän pro-gradu työmme avulla herättää ajatuksia ja vahvistaa näkemystä kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä mahdollisesti psyyken häiriönä. Tällöin olisi myös mahdollista että häiriöstä kärsiviä voitaisiin jopa parantaa nykyisen oireiden hillitsemisen sijaan vaikkapa psykoanalyttisin menetelmin.

Työmme rakenne on kaksiosainen: teoriaosamme on suurimmilta osin vuonna 2010 kirjoittamaamme kandidaatintutkielmaa, jossa olemme tutustuneet häiriön taustoihin ja teoriaan sekä esitelleet ja tulkinneet Leena Vähäkylän *Mieli Keinussa* –teoksen bipolaarihäiriöisten ihmisten elämäntarinoita psykoanalyysin näkökulmasta. Teoriaosamme on hyvä pohja, jolle rakensimme haastattelut keväällä 2012 saadessamme tutustua kahden bipolaarihäiriötä sairastavan henkilön elämänkulkuun ja kokemushistoriaan. Nämä haastattelut tähtäävät häiriöstä kärsivien parempaan ymmärtämiseen ja syvällisempien havaintojen tekemiseen. Halusimme nähdä, ovatko

¹ <http://www.bipoinfo.fi/kaksisuuntainen-mielialahairio/mikae-on-kaksisuuntainen-mielialahaeirioe>

teoriaosassa tekemämme havainnot tosia myös täysin uusien ja satunnaisesti valittujen tutkimushenkilöidemme kohdalla.

Kun potilaan todetaan sairastavan kaksisuuntaista mielialahäiriötä, ensisijainen toimenpide on oikeanlaisen lääkityksen löytäminen ja sen käyttöönotto. Tämä hyvin vakiintunut käytäntö bipolaarihäiriöstä kärsivien hoidossa kuvaa mielestämme hyvin sairauden laadun yleistä nykytulkintaa, jonka mukaan häiriö on somaattinen ja siihen voidaan vaikuttaa parhaiten lääkehoidolla. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kertovilla Internet-sivulla todetaan seuraavaa: *Kaksisuuntainen mielialahäiriö on krooninen uusiutuva sairaus, johon ei ole pysyvää parannuskeinoä, vaikka akuuttivaiheen oireet yleensä saadaankin hyvin hallintaan. Ylläpitohoidon vaiheessa pyritään estämään sairausvaiheiden uusiutuminen. Tässä tarkoituksessa käytetään ylläpitolääkehoitona mielialaa tasaavaa lääkehoitoa tai joissakin tapauksissa atyyppista antipsykoottista lääkehoitoa. Lääkehoito antaa hyvän, mutta ei täydellisen suojan sairauden uusiutumista vastaan.* Irene Kristerin kirjassa *Manian varjossa* (2009) todetaan heti ensimmäisessä kappaleessa seuraavasti: ”*Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä aivoista puuttuu niille tärkeä alkuaine, litium. Litium säätelee mielialaamme ja sen häiriintynyt tuotanto saa aikaan suuria mielialan vaihteluita mahtavasta euforiasta ja kaikkivoipaisuudesta syvään ja toivottomaan masennukseen.*” Kristerin näkemys sairautta aiheuttavista tekijöistä kuvaa hyvin nykyhetkemme käsitystä bipolaarihäiriöstä aivojen sairautena. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön erikoistunut psykiatrian erikoislääkäri Juhani Aer kuvaa mielialahäiriötä sähköisessä artikkelissaan *Mielen vuoristorata* elinikäiseksi aivosairaudeksi, mutta toteaa samassa lauseessa, ettei häiriön syytä tunneta.

Lääkkeet eivät kuitenkaan poista itse sairautta, vaan ainoastaan lieventävät tai hetkellisesti poistavat oireita, ja tämän vuoksi haluamme selvittää, olisiko olemassa mahdollisuus, jonka mukaan sairauden taustalla olisivat psyykkiset syyt, joiden selvittäminen voisi antaa häiriöstä kärsiville ihmisille helpotuksen? Psykoterapia nähdään usein ainoastaan liitännäishoitona, jonka tarkoitus on auttaa potilasta hyväksymään sairautensa ja ottamaan päivittäiset lääkkeensä oireiden paluun estämiseksi. Me haluaisimme nähdä psykoterapian mahdollisuutena havaita kaksisuuntaista mielialahäiriötä aiheuttavien tekijöiden

olemassaoloa sillä, jos voimme löytää häiriön syyn jostain muualta kuin aivoista, olisi olemassa mahdollisuus että bipolaarihäiriö ei enää olisikaan tuomio loppuelämän kestäväna sairautena vaan siitä voisi olla mahdollista parantua. Tutkimuskysymyksiämme ovat siis: *miten bipolaarinen mielialahäiriö on ymmärretty nykytulkinnan mukaan? Onko olemassa mahdollisuus, että häiriö kumpuaisi jostain muualta kuin perimästä, ja jos näin on, voitaisiinko häiriötä tulkita psykoanalyttisin menetelmin? Onko, ja jos on niin millaisia, yhteneväisyyksiä on tutkimushenkilöidemme elämänculussa ja/tai kokemushistoriassa? Mikäli yhteneväisyyksiä löytyy, ovatko nämä sellaisia joilla voisi olla merkitystä kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastumisen kannalta?*

Lähestymme tutkimusaihettamme siten, että työn alussa tuomme ilmi nykytulkinnan mukaisen käsityksen bipolaarihäiriöstä, sen olemassaolon syistä sekä sen hoidossa käytettävistä menetelmistä, jonka jälkeen siirrymme esittelemään Leena Vähäkylän teoksesta *Mieli keinussa* kerättyä aineistoa, jota tulkitaan psykoanalyttisestä näkökulmasta tuoden ilmi lapsuuskokemusten mahdollista merkitystä häiriön synnylle. Kyseinen vaihe on työssämme merkittävä, sillä analyysin avulla pyritään esittämään vaihtoehtoinen tulkinta, jonka mukaan bipolaarihäiriö olisi psyykkinen häiriö, johon sairastumiseen olisivat syynä biologisten tapahtumien sijaan psyykkiset kokemukset.

Lähdeaineistossa teoriaosan yhdeksi pääteokseksi nousee Leena Vähäkylän teos, jossa hän antaa bipolaarihäiriöstä kärsivien kertoa omin sanoin tarinansa sairaudestaan ja sen kanssa elämisestä. Leena Vähäkylä on tutkimusohjelman tiedottaja, ja hän on kirjoittanut kolme mielenterveysaiheista kirjaa. Myös hänellä itsellään on diagnosoitu bipolaarihäiriö, ja hän kertoo mielenterveysyhdistys Helmi Ry:n internetsivuilla julkaistussa haastattelussa toivovansa että häiriöön suhtauduttaisiin ”kuten vaikkapa sydän –ja verisuonitauteihin”.²

Olemme ottaneet vapauden tiivistää kertomuksia poimien niistä mielestämme sairauden ilmenemisen kannalta merkittävät kokemukset, joita sitten tulkitsemme psykoanalyttisin menetelmin. Vähäkylän oma näkemys häiriöstä pohjautuu biologiaan hänen uskoessaan

² Mielenterveysyhdistys Helmi ry. Lainattu 14.2.13. Internetsivu: http://www.mielenterveyshelmi.fi/?netti-helmi_35

bipolaarihäiriön olevan aivosairaus. Tulkitessamme Vähäkylän kirjassa esiintyviä tarinoita pyrimme muistamaan hänen oman mielipiteensä ja uskomme, että kirjoittajan näkemys on ainakin osittain ohjannut häiriötä sairastavien kertomusta omasta elämästään. Silti näemme Vähäkylän kokoaman aineiston käyttämisen relevanttina, sillä jokaisen henkilön kohdalla on elämäkokemuksia, jotka voivat mielestämme olla merkittäviä häiriön tulkinnassa.

Psykoanalyttista näkökulmaa työhömmme on haettu muun muassa Veikko Tähkän sekä Anna ja Sigmund Freudin kirjoituksista. Näkökulman valintamme perusteet ja psykoanalyttisen näkökulman tuomme esiin kolmannessa luvussa. Koska työmme tarkoituksena on esittää vaihtoehtoinen näkökulma bipolaarihäiriön syntyä ja luonnetta koskien, on mielestämme hyvin aiheellista esittää tuon vaihtoehtoisen näkökulman historiaa sekä peruspiirteitä saadaksemme valmiudet tulkita häiriötä niistä lähtökohdista, joista sitä on mielekästä analysoida.

Työmme jaamme siis kolmeen osaan: aluksi käymme läpi bipolaarihäiriön taustaa ja nykykäsitystä häiriöstä kirjallisuuden ja teorian kautta. Tämä vaihe on todella tärkeä, sillä ymmärtääkseen lähestymistapaamme, on ymmärrettävä myös sitä miten bipolaarihäiriö yleisesti nähdään. Kuten todettua, yksi merkittävimmistä tekijöistä tämän opinnäytetyön aiheen valinnassa on ollut ärtymys siitä, että bipolaarihäiriötä (kuten niin valitettavan monta muutakin mielialahäiriötä) yksioikoisesti pidetään perittynä ja biologisena sairautena, jonka ainoa hoitomuoto on oireiden hillitseminen lääkkeiden avulla. Usko siihen, että häiriöstä kärsiviä ihmisiä voisi auttaa muillakin, kauaskantoisemmilla tavoilla, on säilynyt vakaana myös koko kirjoitus- ja tutkimusprosessin ajan.

Työmme toinen vaihe keskittyy tulkitsemaan kirjallisuutta ja sieltä poimittuja häiriöstä kärsivien ihmisten elämäkertomuksia. Tämä vaihe loi uskoa jatkoon erityisesti sen vuoksi, että kuten myöhemmin tekstissämme käy ilmi, jokaisen tarinan taustalta pystyimme löytämään psykoanalyttisen näkemyksen mukaisesti merkittävän tapahtuman, joka olisi voinut olla häiriön puhkeamisen kantasy. Toisessa vaiheessa luomme pohjaa ja tulkintamallia sille, kuinka käsittelemme kolmannen vaiheen empiiristä aineistoamme. Kolmannessa vaiheessa haastattelimme kahta bipolaarihäiriöstä kärsivää henkilöä, ja

tutkimuksen toteutimme elämänkerta- ja kokemushistoriahaastatteluna. Kuvaamme elämänkerta- ja kokemushistoriatutkimusta tarkemmin luvuissa 4 ja 5.

Väärinkäsityksien välttämiseksi todettakoon, että käytämme työssämme käsitteitä kaksisuuntainen mielialahäiriö ja bipolaarinen häiriö limittäin.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS BIPOLAARISEEN MIELIALAHÄIRIÖÖN

Luvussa kaksi pyrimme avaamaan lukijalle nykytulkinnan mukaisesti bipolaarihäiriön käsitteen, sekä erikseen hypomanian, manian sekä depression käsitteet. Lisäksi tuomme esiin häiriön hoitomuotoja sekä yleisesti nykikäsitystä siitä, mitä bipolaarihäiriö on.

Kaksisuuntaista eli bipolaarista mielialahäiriötä epäillään, jos henkilön mielialassa on havaittavissa maanisen tai hypomaanisen mielialan ja depression vaihtelua. Häiriöön voi liittyä maanisia, hypomaanisia, sekamuotoisia ja depressiivisiä jaksoja, ja jaksojen välillä potilas on useimmiten oireeton. Potilaan uskotaan kärsivän kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, kun hänellä on esiintynyt useampia sairausjaksoja, joista ainakin yksi on ollut maaninen, hypomaaninen tai sekamuotoinen jakso, ja kun hänen tiedetään kärsineen myös masennusjaksoista. Kaksisuuntainen mielialahäiriö jaetaan kahteen ryhmään siten, että tyypin I bipolaarihäiriössä henkilö kärsii maanisista, depressiivisistä ja sekamuotoisista jaksoista, kun taas tyypin II häiriössä jaksot vaihtelevat masennuksesta hypomaniaan ilman manian esiintymistä. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnostinen ryhmä ICD-10 luokittelun mukaisesti on F 31, joka kuvaa häiriötä seuraavasti: *Häiriössä esiintyy kaksi tai useampia jaksoja, joiden aikana mieliala ja toiminnallisuuden taso ovat merkittävästi häiriintyneet. Toisinaan mieliala on kohonnut ja tarmo ja toimeliaisuus lisääntyneet (hypomania ja mania), toisinaan mieliala on laskenut ja tarmo ja toimeliaisuus vähentyneet (masennus). Pelkät toistuvat hypomania- tai manijaksot luokitetaan kaksisuuntaisiin mielialahäiriöihin.*³ Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastutaan useimmiten nuorena aikuisena, mutta poikkeuksiakin on sairastuneiden ikäjakauman ääripäiden vaihdellessa lapsista vanhuksiin. Bipolaarihäiriötä diagnosoidessa pyritään

³ ICD-10-tautiluokitus.

selvittämään taudin aiempaa kulkua, jotta voitaisiin tiedostaa mahdollisimman tarkasti potilaan nykyinen tila sekä hänen tarvitsemansa avun laatu. Hoitoa suunnitellessa hyvin suuressa merkityksessä on tieto siitä, missä häiriön vaiheessa potilas on. Jos esimerkiksi masennuksen takia hoitoon hakeutunutta bipolaarihäiriöstä kärsivää potilasta hoidetaan depressiolääkityksellä, on olemassa erittäin suuri todennäköisyys, että lääkitys laukaisee maanisen jakson.

2.1 Hypomania, oirekuvaus ja hoito

Tietoa hypomaniasta on suhteellisen vaikea saada, sillä useinkaan ihmiset eivät koe hypomaniata sairaudeksi taikka mielialahäiriöksi. Kuitenkin tyypin II bipolaarihäiriöstä kärsivät kuvaavat hypomanian pahimmillaan tilaksi, jossa ajatukset sinkoilevat jopa niin häiritsevästi, että ihminen tuntee olevansa valmis jopa lopettamaan oman elämänsä hiljentääkseen nämä häiritsevät ajatukset. Tässä käsittelyosiossa käymme läpi hypomanian virallisen oirekuvauksen ja nykykäsityksen mukaisen hoitosuosituksen.

Hypomaniaksi voidaan diagnosoida yli neljä vuorokautta kestäneet selkeät mielialan nousun kaudet, jolloin ihminen on erityisen tarmokas ja toimielias. Lisäksi hypomaaninen henkilö tuntuu olevan jatkuvasti, riippumatta vuorokaudenajasta, suhteettoman hyväntuulinen. Hypomaniaan ei yleensä liity huomattavaa toimintakyvyn laskua. Jotta diagnoosi hypomaniasta voitaisiin tehdä, tulee henkilöllä olla myös muita hypomanian oireita, joita ovat muun muassa fyysinen rauhattomuus, puheliasisuuden lisääntyminen, keskittymisvaikeudet ja häiriöherkkyys, unen tarpeen väheneminen, seksuaalisen kiinnostuksen ja halukkuuden kasvu, lisääntynyt vastuuton käytös sekä lisääntynyt

seurallisuus tai tuttavallisuus. Hypomania liittyy tyypin II bipolaarihäiriöön, jossa se vuorottelee depressiojaksojen kanssa ilman maniavaiheita.⁴

Isometsän mukaan hypomanian hoidossa tulee tähdätä eutymian⁵ ylläpitoon, ja useimmiten hypomanian hoidoksi riittää mielialaa tasaavan lääkityksen määrällinen lisääminen.

Hypomanian kliininen kuvaus toteaa, että henkilön käytöksen muutos tulee olla selkeästi havaittavissa, ja että hän käyttäytyy itselleen epänormaalilla tavalla jonkin, kuitenkin yli neljän vuorokauden mittaisen ajanjakson⁶. Hyvin harva hakeutuu hoitoon hypomaanisessa tilassa, sillä hypomaniaa pidetään usein hyvänä asiana; kokeehan hypomaniasta kärsivä henkilö usein henkilö saavuttavansa paljon ja olevansa tehokas ja virkeä. Tyypin II bipolaarihäiriö tunnistetaankin yleensä masennuksen takia hoitoon hakeutuneelta aiempien hypomaanisten jaksojen olemassaolon paljastuttua. Tämä herättää kysymyksen nyky-yhteiskunnan arvopohjan laadusta; osaa hypomanian oireista voidaan jopa pitää haluttavina piirteinä, kun ajatellaan esimerkiksi työorganisaatiota. Vähäinen unentarve ja korkea seurallisuus ovat monelle hyvinkin positiivisia piirteitä ihmisessä ja tämän vuoksi niitä itsestään tunnistava henkilö saattaa tuntea olevansa parempi ihminen tai parempi työntekijä.

⁴ E, Isometsä. (2001). Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt teoksessa Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim (s.174).

⁵ Normaali, tasainen mieliala.

⁶ E, Isometsä. (2001). Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt teoksessa Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim (s.179).

2.2 Mania, oirekuvaus ja hoito

Maniaa esiintyy tyypin I bipolaarihäiriössä, jossa se vuorottelee depressiokausien kanssa. Manian oireet ovat suurelta osin samankaltaiset hypomanian kanssa, sillä erotuksella että maniassa saattaa esiintyä psykoottisia oireita, ja että oireet ovat huomattavasti voimakkaampia aiheuttaen merkittävää sosiaalista haittaa ja toimintakyvyn laskua. Maniassa henkilön tila vaatii yleensä jossain vaiheessa sairaalahoitoa. Kohonneen mielialan ja euforian tunteen lisäksi manian diagnoosiin vaaditaan ainakin kolme seuraavista oireista: toimeliaisuuden lisääntyminen ja fyysinen rauhattomuus, puheliaisuuden lisääntyminen tai puhetulva, ajatuksen riento tai tunne kiihtyneestä ajatustoiminnasta, sosiaalinen estottomuus, vähentynyt unentarve, kohonnut itsetunto tai suuruusharha, häiriöherkkyys tai jatkuvat muutokset toiminnassa tai suunnitelmissa, vastuuton käyttäytyminen, jonka riskejä potilas ei tunnista, sekä viimeisenä lisääntynyt sukupuolinen halukkuus tai holtittomuus. Psykoottisessa maniassa henkilö kärsii edellä kuvattujen oireiden lisäksi psykoottisista oireista, joita voivat olla esimerkiksi harhaluulot taikka aistiharhat, joita ei kuitenkaan voida luokitella skitsofreenisiksi. Jos oireet ovat enemmän ominaisia skitsofrenialle (oudot harhaluulot, kommentoivat tai keskustelevat ääniharhat tai ajatusten julkikuuluminen), luokitellaan henkilön tila skitsoaffektiivisen psykoosin maaniseen muotoon. Psykoottisessa maniassa psykoottiset oireet voidaan jakaa mielialanmukaisiin sekä mielialanvastaisiin, joissa mielialanmukaisia ovat esimerkiksi suuruusharhaluulot ja mielialanvastaisia esimerkiksi vainoharhat.⁷

Manian kliinisen kuvauksen mukaan maanisten jaksojen tulee olla selkeästi erotettavissa henkilön normaalista psyykkisestä toiminnasta. Kliinisen kuvan selkeyttämiseksi apuna käytetään manian diagnostisia kriteereitä, ja klassinen mania on niiden avulla yleensä suhteellisen helposti tunnistettavissa.

⁷ E, Isometsä. (2001). Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt Teoksessa Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Erkki Isometsän kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja maniaa käsittelevässä tekstissä *Psykiatria*- teoksessa todetaan manian hoidon onnistuvan vain harvoin sairaalan ulkopuolella. Maniasta kärsivät potilaat on usein toimitettava hoitoon heidän omasta tahdostaan riippumatta, sillä jokainen maaninen päivä lisää potilaan riskiä vahingoittaa itseään tai ympärillään olevia ihmisiä. Isometsä toteaa maanisen potilaan hoidon yksiselitteiseksi tavoitteeksi maanisten oireiden mahdollisimman pikaisen ja täydellisen loppumisen. Jotain manian hoitomalleista kertonee myös se, että *Psykiatria*-teos antaa akuutin manian hoidolle ainoaksi vaihtoehdoksi lääkehoidon, vaihtoehtoinaan litium, valproaatti taikka karbatsepiini. Näiden monimuotoisten vaihtoehtojen rinnalle teos tuo myös aivojen sähköhoidon, joka nähdään aiheelliseksi poikkeuksellisen vaikean manian ilmetessä, tai jos maniaan liittyy katatonisia oireita. Psykoottisesta tilasta kärsivää potilasta tulee hoitaa kokonaisuutena eikä sairautta ikään kuin hänestä irrallisena asiana, todetaan kirjassa *Psykoosi ja sen hoito*. Toisin kuin Erkki Isometsän kirjoituksissa, *Psykoosi ja sen hoito* pitää oireiden nopeaa taltuttamista tärkeämpänä päämääränä sellaisen pitkäjänteisen hoidollisen linjan löytämistä, joka parhaiten auttaa potilasta hänen ihmissuhteittensa ja persoonallisuutensa kehityksessä sekä hänen sopeutumisessaan ympäröivään ympäristöön. Psykoosipotilaiden hoidossa on syytä pyrkiä yhdistämään psykologis-sosiaaliset ja somaattiset hoitotoimenpiteet toisiinsa, kussakin tapauksessa erillisesti tehdyn ja siihen liittyvät yksilölliset näkökohdat huomioonottavan hoitosuunnitelman puitteissa⁸.

⁸ Achte, K. & Tamminen, T. (1997). Psykoosin hoidosta käytännön lääkärin kannalta. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy (s.84).

2.3 Depressio, oirekuvaus, hoito ja psykologista taustaa

Masennustilat, eli kliinisessä kuvauksessa nimityksellä depressiot, ovat monimuotoisia niin laadultaan kuin kestoltaankin, ja vaihtelevat suuresti yksilöstä riippuen. Masennukseksi voidaan luulla hetkellistä tunnetilaa, joka kuuluu normaaliin elämään, esimerkiksi ihmisen menettäessä hänelle emotionaalisella tasolla tärkeän toisen ihmisen. Tämän vuoksi ihmisen kertoessa olevansa masentunut on hyvin tärkeää selvittää masennuksen laatu ja sen omat yksilölliset piirteet, jotta normaalia suremista ei luokiteltaisi masentuneisuudeksi.

Masentunut mieliala on kestoltaan pysyvämpi kuin edellä mainittu hetkellinen tunne, ja kesto vaihtelee päivistä kuukausiin. Masennustila diagnosoidaan, jos potilaalta havaitaan viisi depression oireista kahden viikon jakson aikana, ja jos näistä viidestä vähintään yksi on masentunut mieliala tai merkittävästi vähentynyt mielenkiinto päivittäisiä toimintoja kohtaan. Muita etsittäviä oireita ovat merkittävä muutos potilaan painossa lyhyellä aikavälillä, liian vähäinen tai liiallinen tarve nukkua, psykomotorinen rauhattomuus tai flegmaattisuus, voimattomuus ja väsymys, arvottomuuden ja syyllisyyden tunteet, ajattelukyvyn vaikeudet sekä toistuvat ajatukset liittyen kuolemaan. Peter Whybrow puhuu kirjassaan *Mielen naamiot* melankoliassa ilmenevän käytöksen jakamisesta kolmeen ryhmään, emotion ja mielialan häiriintymiseen, aivojen unta, ruokahalua, energiaa ja seksuaalista toimintaa säätelevien toimintojen muutoksiin ja ajattelun ja keskittymiskyvyn häiriöihin. Whybrow uskoo jokaisen alueista edustavan osaa tunneaivojen toimintajärjestelmästä. Lisäksi hän väittää depressiosta kärsivän ihmisen käyttäytymisen olevan hyvin johdonmukaista huolimatta siitä, että sairautta laukaisevat tekijät voivat olla hyvinkin erilaiset eri yksilöillä.⁹ Depressiosta kärsivän ihmisen omanarvontunto ja itseluottamus ovat usein vähentyneet, kerrotaan *Käypä hoito* Internet-sivustolla¹⁰. Samalla sivustolla todetaan myös masennuksen oireiden silloin tällöin johtuvan myös jostakin

⁹ Whybrow, P. (1997). *Mielen naamiot - depressio, mania ja muut mielialahäiriöt*. Helsinki: Otava.

¹⁰ Aho, T., Isometsä, E., Mattila, M., Jousilahti, P. & Tala, T. Masennus (depressio). Viitattu helmikuussa 2010. Online-lähde.

elimellisestä sairaudesta, esimerkiksi foolihapon tai B12-vitamiinin puutoksesta, sydän- tai aivoinfarktista, endokrinologisista häiriöistä, pahanlaatuisesta kasvaimesta tai neurologisesta sairaudesta. Masennukselle alttiita väestöryhmiä tilastollisesti ovat naiset, yksin asuvat eronneet lesket, matalassa sosioekonomisessa asemassa olevat, vähän koulutusta saaneet, työttömät (etenkin pitkäaikaistyöttömät), pienten lasten huoltajat (naiset), kroonisesti somaattisesti sairaat, tupakoivat, päihdeongelmaiset tai muista mielenterveyden häiriöistä kärsivät.¹¹

Erkki Isometsä toteaa teoksessa *Psykiatria* masennuksen oireiden olevan psyykkisiä, ja niiden olevan havaittavissa sekä potilaan käyttäytymisessä ja sosiaalisissa suhteissa että keskushermoston ja hormonaalisten järjestelmien toiminnassa. Siksi masennuksen hoidossa voidaan käyttää biologisia, psykologisia tai potilaan sosiaaliseen ympäristöön vaikuttavia menetelmiä. Oireiden laadun mukaisesti masennusta voidaan siis hoitaa biologisin, psykologisin tai yksilön sosiaaliseen ympäristöön vaikuttaen. Isometsä näkee psykoterapian käytön masennuksen hoidossa aiheellisena, jos masennuksen todetaan olevan keskivaikea tai lievä. Näitä masennuksen tasoja vaikeammassa tapauksissa on hänen mukaansa suositeltavaa käyttää lääkehoitoa terapian lisäksi. Terapiat, joita masennuksen hoitoon voidaan soveltaa, voivat olla hyvinkin erilaisia ja poiketa huomattavasti toisistaan. *Psykiatria*-teos esittelee masennuksen hoidossa käytettävistä terapiamuodoista psykoanalyttiseen teoriaan perustuvat hoitomuodot, kognitiivisen lyhytpsykoterapian, interpersonaalisen psykoterapian sekä ongelmanratkaisuhoidot. Seuraavaksi kuvaamme lyhyesti jokaista näistä terapiamuodoista, jotta lukija saa käsityksen terapioiden ominaispiirteistä ja mielikuvan niiden vaikutuksesta masentuneen ihmisen hoidossa.

Psykoanalyttinen eli psykodynaaminen lyhytpsykoterapia tarkoittaa hoitomuotoa, jossa potilas ja psykoterapeutti tapaavat 1-2 kertaa viikossa. Yksi hoitokäynti kestää tavanomaisesti 45–50 minuuttia. Hoidon pituus on etukäteen sovittu, ja se on tavallisesti 15–20 käyntiä. Tätä hoitomuotoa suositellaan yleisesti potilaille, jotka kärsivät jonkin tiedossa olevan, selkeän tekijän laukaisemasta masennuksesta ja joiden masennus on

¹¹ Toivio, T. & Nordling, E. (2009). Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita (s.107).

tarpeeksi lievä hoidettavaksi lyhytkestoisella psykoterapialla. Lisäksi tämän prosessin onnistuminen vaatii potilaalta itseltään omien ongelmien laadun oivaltamista ja motivaatiota hoitoa kohtaan.

”Kaikki psykodynaamiset yksilöterapiat perustuvat siihen, että menneisyys vaikuttaa ihmisen nykyiseen kokemusmaailmaan. Huomio on lapsuudessa ja varsinkin varhaislapsuuden kokemuksissa. Lapsen perimä ja vuorovaikutus vanhempien ja ympäristön kanssa muovaavat kehittyvää persoonallisuutta ratkaisevasti. Psykkisen häiriön syyt pyritään usein löytämään lapsuudesta yksittäisistä traumaattisista kokemuksista. Syyt ovat kuitenkin paljon monimutkaisemmat, kasautuvat kokemukset heijastuvat eri kehitysvaiheisiin ja vaikuttavat kehitykseen.”¹²

Lyhytaikainen psykoterapia on luotu vastaamaan tarpeeseen määrääkäselle hoitomuodolle pitkäkestoisten, psykoanalyysiin pohjaavien terapiamallien rinnalle. Lyhytkestoista terapiaa puoltavat pitkäaikaisesta vastaavasta koituvat suuret kulut. Psykoterapia poikkeaa psykoanalyysistä fyysisellä tasolla siten, että psykoterapiassa potilas istuu saaden suoran katsekontaktin terapeuttiin makuulla olon sijaan. Psykoterapian ensisijaisena tavoitteena on mielen rakentuminen ja itsenäistyminen, ja näihin tavoitteisiin päästessä tai niitä lähestyttäessä useimmiten hoitoon hakeutumisen syynä olleet oireetkin helpottavat ja potilas kokee terapian hyödyllisenä. Psykoterapia edellyttää sitoutumista sekä terapeutin että potilaan toimesta, ja tämän vuoksi yleisenä käytäntönä on, että potilas maksaa myös peruutetuista ajoista jotta vaikeiden aikojen aikana kynnyksellä jättäytyä kotiin terapiaan lähtemisen sijaan olisi mahdollisimman korkea.¹³

Kognitiivista lyhytpsykoterapiaa suositellaan hoitona lieviin ja keskivaikeisiin masennustiloihin. Masennustilan kognitiivinen hoito perustuu yhdysvaltalaisen psykiatrin Aaron Beckin ja hänen tutkijatovereidensa pitkäjänteiseen tutkimustyöhön. He havaitsivat,

¹² Isometsä, E. (2001). Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt Teoksessa Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

¹³ <http://www.mentoria.fi/psykoterapiasta/>

että masentuneet vääristävät todellisuutta systemaattisella tavalla, ja että masentuneella on kuusi erilaista virhetoimintoa ajattelussaan. Kognitiivinen terapia masennuksen hoidossa on todettu keskimäärin yhtä tulokselliseksi kuin trisykliset depressiolääkkeet ja oireiden uusiutuminen on vähäisempää kuin lääkehoidon jälkeen. Beckin hoitomalli masennukseen sisältää neljä kohtaa, joiden mukaisesti terapia etenee. Ensimmäiseksi terapeutti pyrkii osoittamaan potilaalle kuinka depressiivinen kokeminen ja negatiiviset ajatukset liittyvät toisiinsa. Tämän jälkeen terapeutti ja potilas pyrkivät havaitsemaan keskeiset depressiossa ilmenevät ajatukset ja uskomukset, jonka jälkeen he tutkivat havaintoja arvioiden niiden pätevyyttä ja hyödyllisyyttä potilaalle, tavoitteenaan opettaa potilas itse analysoimaan omia ajatuksiaan ja niiden hyödyllisyyttä. Viimeisessä vaiheessa terapeutti ja potilas pyrkivät yhteistyössä rakentamaan uusia ajatusmalleja ja uskomuksia, jotka auttavat potilasta kokemaan depressiolla vastakkaisia tunteita.¹⁴ Antero Toskala kertoo teoksessa *Psykiatria* kognitiivisessa lyhytterapiassa pyrittävän kahdenlaiseen muutokseen, potilaan ajattelun muutokseen suhteessa itseen, muihin ja tulevaisuuteen, sekä hänen kykynsä tunnistaa ja muuttaa masennuksen taustalla olevia laajempia perusoletuksia tai –uskomuksia.¹⁵

Interpersonaaliset psykoterapiat keskittyvät siihen, että psyykkiset häiriöt esiintyvät psykososiaalisessa, interpersonaalisessa vuorovaikutuksessa, ja näin ollen terapia keskittyy tähänhetkisiin vuorovaikutussuhteisiin. Ajankohtaiset ihmissuhteet nähdään kaikkein oleellisimpina ja fokus on niissä. Interpersonaalinen psykoterapia painottaa neljää ongelma-aluetta, joita ovat rooliristiriidat, interpersonaaliset puutteet, pitkittyneet surureaktiot sekä rooleissa tapahtuvat muutokset. Terapia keskittyy antamaan potilaalle valmiuksia sosiaalisissa vuorovaikutussuhteiden vaikeuksissa selviytymiseen. Interpersonaalisen terapian juuret ovat havainnoissa siitä, ettei ihminen synny eikä kehity sosiaalisessa tyhjiössä. Koko elämän ajan sosiaaliset suhteet merkittäviin läheisiin muodostavat ympäristön, jossa tunteet, ajatukset ja toiminta muotoutuvat.¹⁶

¹⁴ Luhtasaari, S. Kognitiivinen lyhytpsykoterapia. Viitattu helmikuussa 2010. Online-lähde.

¹⁵ Toskala, A. (2001.) Kognitiiviset psykoterapiat Teoksessa *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

¹⁶ Toivio, T. & Nordling, E. (2009). *Mielenterveyden häiriöt*. Helsinki: Edita .

Masennusta aiheuttavat psyykkiset tekijät nähdään useimmiten ainoastaan jotakin somaattista valmiutta laukaisevina katalysaattoreina, eikä niinkään masennusta itseään aiheuttavina tekijöinä.

2.4 Psykoanalyttinen lähestymistapa

Tässä kappaleessa pyrimme esittämään vastaukset kysymyksiin siitä, mitä psykoanalyysi on, mitä se tarkoittaa, ja miksi valitsimme lähestymistavakseni juuri psykoanalyttisen näkökulman. Lisäksi käymme läpi psykoanalyttisia teorioita, jotka avaavat sitä, kuinka esimerkiksi depressio nähdään erilaisissa viitekehyksissä.

”Psykoanalyttinen teoria olettaa, että ihmismieli sekä rakentuu että häiriintyy varhaisissa vuorovaikutuksissa lapsen ja hänen kehitysobjektinsa välillä. Itsen ja objektin kokemuksellinen eriytyminen etenee ensisijaisesti objektimaailman aspektien sisäistämisen kautta itseen tai itselle kuuluviksi. Tämä mielen rakentuminen voi missä vaiheessa hyvänsä eri syistä osittain tai laaja-alaisesti häiriintyä, vääristyä ja pysähtyä.”¹⁷

Alkuun haluan tuoda esiin Veikko Tähkän teoksesta *Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen* poimimani ajatuksen, jossa Tähkä kuvaa yksilön mentaalisen kokemusmaailman sisältävän kaiken, mitä tämä tietää olevaisesta. Tähkän mukaan ”mielen käsite sisältää kaiken mentaalisesti koetun ja sulkee pois kaiken, joka ei sitä ole.” Tähkän ajatus mielen rakentumisesta on mielenkiintoinen mielialahäiriöiden

¹⁷ Tähkä, V. (1993). *Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen*. Helsinki: WSOY (s. 213).

muodostumista ajatellen, sillä jos kaikki, mitä yksilö tietää olevaisesta, perustuu hänen omiin mentaaliin kokemuksiinsa, on hyvinkin perusteltua olettaa, että raskaita mentaalisia kokemuksia kohdannut yksilö on alttiimpi sairastumaan mielialahäiriöön, jossa olevainen, myös oma itse, nähdään jollain tapaa vääristyneenä. Tähkä jatkaa saman teoksen sivulla 91: ”Itse on siten se rakenteellinen organisaatio, joksi mieli kasvaa ja jonka kautta se tulee kykeneväksi kokemaan itsensä maailmassa elävänä henkilönä. Tämän olemassaolon kokemuksen, so. subjektiivisen itsekokemuksen, ylläpitäminen on siitä lähtien yksilön keskeinen päämäärä ja tärkein motiivi kaikelle hänen mielensä edelleen rakentumiselle.”¹⁸ Olemme yhtä mieltä Tähkän ajatuksesta oman koetun itsen ihannekuvan säilyttämisen tärkeydestä yksilön psyykkiselle hyvinvoinnille. Ajatuksen perustana on siis, että itsekokemuksen säilyttäminen ja suojaaminen ovat mielen tärkeimpiä tehtäviä, ja siihen pyritään muun muassa puolustusoperaatioiden avulla. Puolustusoperaatioista Tähkä kirjoittaa: ”Omassa viitekehyksessäni näen puolustusoperaatiot alun perin itsen erilaisina tarkoituksenmukaisina tapoina suojata olemassaoloaan tai tasapainoaan.”¹⁹ Palaamme myöhemmin luvussa neljä aiheeseen etsiessämme mahdollisia syitä bipolaarihäiriön syntyyn, sillä psykoanalyttisen näkökulman mukaisesti häiriössä on mahdollisesti kyse torjuttujen vaikeiden mentaalisten kokemusten aiheuttamasta psyykkisestä kivusta.”

Psykoanalyttisesta tieteenalasta ei voida puhua mainitsematta Sigmund Freudia, jota pidetään menetelmän kehittäjänä. Freudin kirjoituksia psykoanalyysistä ja sen perimmäisestä olemuksesta on tulkittu useiden eri kirjoittajien toimesta. Lars-Johan Schalin kuvaa psykoanalyysin syntyä Kalevi Takalan toimittamassa *Psykologian sovelluksia* -teoksessa seuraavasti:

”Freud oli vanhemman kollegansa *Josef Breuerin* kanssa kehittänyt niin sanotun *katartisen psykoterapeuttisen menetelmän*, joka perustui siihen, että kun potilas hypnoosin avulla pystyi palauttamaan mieleen ne tilanteet ja tunteet, jotka liittyivät hysteerisen oireen syntymiseen, niin oire tavallisesti

¹⁸ Tähkä, V. (1993). *Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen*. Helsinki: WSOY.

¹⁹ Tähkä, V. (1993). *Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen*. Helsinki: WSOY.

hävisi. Freud luopui vähitellen hypnoosista ja siirtyi *valvesuggestioon*. Lopulta hän tyytyi pelkästään siihen, että kehotti potilastaan puhumaan siitä, mikä milloinkin tämän mielessä liikkui. Näin hän kehitti psykoanalyttisen hoito- ja tutkimusmenetelmän, vapaan assosiaation menetelmän. Tämä perustuu kaikessa yksinkertaisuudessa siihen, että jos potilas vapaasti kertoo kaikesta siitä, mikä hänen mielessään liikkuu, niin hän ennen pitkää myös tuo puheeksi ne aiheet, jotka liittyvät hänen neuroottisiin ristiriitoihinsa. Näin nämä asiat voidaan tutkia, ja potilas voi oppia tuntemaan omat piilotajuiset konfliktinsa. Tiedostettuaan ristiriitansa hän voi löytää niille toisen ja paremman ratkaisun kuin sairastaa neuroosia.”²⁰

Eero Rechartt ja Pentti Ikonen kuvaavat psykoanalyttista tulkintaa teoksessa *Psykoanalyttinen tulkinta* näin:

”Psykoanalyttista tulkintaa voidaan kuvata ainakin seuraavalla neljällä karakteristiikalla alkaen yleisimmästä ja edeten spesifimmin psykoanalyttiseen. Nämä vaiheet läpikäydään usein myös käytännön psykoanalyttisessa tulkintatyössä, joka vähitellen tarkentuu kohti erityistä psykoanalyttista tulkinnan suuntaa. 1) Psykoanalyttinen tulkinta koskee mielen intentioita. 2) Psykoanalyttinen tulkinta koskee intentioita poissaolevaan, erityisesti menneeseen. 3) Psykoanalyttinen tulkinta koskee haluamiseen ja halun eri kohtaloihin liittyviä intentioita. 4) Psykoanalyttinen halun kohtaloiden tulkinta tapahtuu psykoanalyttisen teorian puitteissa.”²¹

Psykoanalyysin vanaveteen on syntynyt mitä erilaisimpia, Freudin lanseeraamiin ajatuksiin enemmän tai vähemmän pohjaavia teorioita ja koulukuntia. Stephen Frosh kuvaa

²⁰ Schalin, Lars-Johan. (1969). *Psykoanalyttinen psykoterapia*. Teoksessa *Psykologian sovelluksia*. Helsinki: Weilin+ Göös (s.214).

²¹ Rechartt, E. & Ikonen, P. (1977). *Psykoanalyttinen tulkinta*. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö (s.4).

koulukuntien yhteisiä näkemyksiä psykoanalyysistä teoksessa *The Politics of Psychoanalysis*:

” All psychoanalytic theories do, however, have their origins in Freud’s work and all share some common assumptions and affiliations. The most important of these concerns the existence of the dynamic unconscious – the idea that in each of us there is a realm of psychological functioning which is not accessible to ordinary introspection, but which nevertheless has a determining or at least a motivating influence on the activities, thoughts and emotions of everyday life.”

Psykoanalyysistä puhuttaessa tiedostamattoman olemassaolon hyväksyminen on olennainen osa Freudin ajatusmaailman ymmärtämistä. Siirryttäessä puhumaan tiedostamattoman alueen selkeämmästä rakenteesta ja sisällöstä voivat mielipiteet alkaa eroamaan toisistaan.

” In addition, all psychoanalysts agree that children develop by passing through certain stages, leading to increased complexity of psychic structure; in all theories, the experience of early life (up to four or five years of age), primarily with parents, are of crucial significance for the whole later life. There is, however, considerable disagreement on the details of the developmental process, which is in some cases at the heart of differences between various psychoanalytic schools. ”²²

Anna Freud tiivistää Kai Kailan suomentamassa teoksessaan *Minän suojautumiskeinot* psykoanalyytikon tehtäväkuvaa seuraavasti:

²² Frosh, S. (1987). *The Politics of Psychoanalysis*. Macmillan education LTD (s.2).

”Psykoanalyttikon tehtävänä on saattaa tietoisuuteen piilotajuiset ainekset, kuuluivatpa ne mihin tahansa psyykkisen elämän piiriin. Hän kohdistaa huomionsa tasapuolisesti ja objektiivisesti kaikkien kolmen piirin tiedostamattomiin aineksiin. Sanoaksemme asian hiukan toisin, hän asettuu valistustyöhön ryhtyessään paikkaan, joka on yhtä kaukana Siitä, minästä ja moraalisesta minästä.”²³

On totta, että Freud toi esiin ajatuksen tiedostamattomasta, joka määrittää ainakin jossain määrin kaikkia tekojamme, tunteitamme ja ajatuksiamme. Selvää on kuitenkin, että aikaa Freudin kirjoituksista ja tutkimuksista on vierähtänyt ja vaikka psykoanalyysi näkökulmana pohjautuu edelleen vahvasti Freudin julkaisuihin, on kehitystä tapahtunut ja uusia ajatuksia tuotu julki. Tähän työhön valitsimme psykoanalyysin näkökulmaksi, koska mielestämme bipolaarihäiriöstä annettava kuva geneettisenä ja biologisena sairautena on pelottavalla tavalla pelkistetty ja jättää liian monet kysymykset avoimeksi. Lisäksi motivaationamme kyseisen mielialahäiriön tutkimiseen psykoanalyysin keinoin toimi ajatus häiriön parantumattomuudesta. Nykykäsityksen mukaanhan sairautta voidaan hoitaa, mutta ei lääketieteen eikä minkään muun tieteenalan, kuten esimerkiksi psykologian, toimesta parantaa. Jos olisi olemassa mahdollisuus siihen, että häiriö kumpuaisi mielen tiedostamattomasta osasta ikään kuin puolustusmekanismina joka on kehittynyt suojaamaan yksilön minää²⁴, olisi olemassa myös mahdollisuus parantua häiriöstä tuomalla tämä tiedostamaton ja torjuttu asia mielen tietoisuuteen ja tätä kautta käsittelyyn.

²³ Freud, A. (1969). Minän suojautumiskeinot. Helsinki: Weilin + Göös (s.27).

²⁴ ”Psykyen” realistinen”, suurelta osalta tietoinen alue- suojautuu mielipahalta ja ahdistuneisuudelta sekä pitää kurissa ja muokkaa yllykkeitä, tunteita ja tarpeiden vaatimuksia.” Anna Freud minä-käsitteestä Kai Kailan suomentamassa teoksessa Minän suojautumiskeinot. Helsinki: Weilin+ Göös (s.7).

2.4.1 Psykoanalyttiset masennusteoriat

Psykoanalyttisen ja myöhemmin kehittyneiden psykodynaamisten teorioiden pohjalta on hahmoteltu sellainen persoonallisuuden rakenteen malli, joka on erityisen altis sairastumaan masennukseen ja joka kokee usein herkästi myös työelämässä liikarastitusta ja työuupumusta. Masennukselle altista persoonallisuutta luonnehtivia piirteitä ovat muun muassa minäkuvan häiriöt, kuten itseluottamuksen ja itsearvostuksen (itsetunnon) heikkous, huonommuuden tunteet, itsensä väheksyminen, avuttomuuden ja neuvottomuuden tunne, riippuvuus muista ja heidän arvostuksestaan, jatkuva pelko epäonnistumisesta, tarve miellyttää sekä tarve olla rakastettu ja pidetty. Yliminän ja minäihanteen masennukselle altistavia piirteitä ovat korkea vaatimustaso itsensä suhteen, pyrkimykset huolellisuuteen, tunnollisuuteen, ahkeruuteen, kiltteyteen sekä pyrkimys virheettömyyteen ja täydellisyyteen (perfektionismi), yrittämisen pakko ja suoriutumispaineet, syyllisyysproblematiikka sekä tyytymättömyys omaan itseen ja suoriutuksiinsa. Viettiminässä havaittavia altistavia tekijöitä ovat taas aggressioproblematiikka, kätkeyty vihamielisyys, joka herkästi kääntyy omaa itseä kohtaan, tunne omasta pahuudesta, viallisuudesta, itserankaisun tarve, masokistinen positio sekä regressioalttius, jolloin yksilö ristiriitatilanteessa turvautuu herkästi regressiivisiin keinoihin esimerkiksi alkoholiin, lääkkeisiin, syömishäiriöön ym.²⁵

Psykoanalyttinen tutkimus on alusta alkaen korostanut sitä, että depressio on surun tavoin reaktio menetyksiin. Menetyksellä on tällöin tarkoitettu läheisen henkilön menetystä kuoleman tai eron kautta. Pettymykset rakkaudessa kuuluvat niin ikään laukaiseviin tekijöihin. Myös muunlaiset menetykset voivat toimia laukaisevina tekijöinä masennuksessa. Kyse voi olla fyysisen tai psyykkisen terveyden, ammatin, arvostuksen, maineen, kasvojen, itseluottamuksen, arvojen tai uskon menetyksestä. Jorma Myllerniemi tuo esiin Karl Abrahamin viisi tekijää, joiden avulla erottaa depressio muista psyykkisistä häiriöistä.²⁶ Näitä tekijöitä ovat muun muassa voimakas ja rakenteellisesti määräytynyt

²⁵ Toivio, T. & Nordling, E. (2009). Mielenterveyden häiriöt. Helsinki: Edita.

²⁶ Myllerniemi, J. (2009). Masennus- psyyken kipu. Helsinki: Kirjapaja.

varhainen tarvitsevuus (oraalisuus), jota myös Freud painotti, ja tästä tarvitsevuudesta johtuvat pettymykset ja fiksaatiot varhaisissa kehitysvaiheissa. Pettymykset ja fiksaatiot puolestaan altistavat masentuneisuudelle. Kolmantena erottavana tekijänä ovat toistuvat varhaiset rakkaudenpettymykset. Varhaiset pettymykset rakkaudessa (isä- tai äitisuhteessa) johtavat hyvin yleisesti aikuisiän ongelmiin, kuten kiihkeään vastakaiun etsimiseen ja hylätyksi tulemisen pelkoon. Ennen oidipaalivaihetta koetut rakkaudenpettymykset äitiin vaikuttavat erityisen syvästi ja pysyvästi pojan kehitykseen. Tämä häiritsee normaalia oidipaalista kehitystä. Viimeiseksi Abrahamin tekijöistä Myllerniemi mainitsee myöhempien elämässä koettujen pettymysten kietoutumisen varhaisempiin pettymyksiin, jotka ammentavat voimansa pettymyksestä varhaiseen äitiin. Viha kohdistuu mielen sisäisessä maailmassa ensisijaisesti uhkana koettuun äitiin.

Myllerniemi jaottelee masennuksen psykologista puolta käsittelevässä teoksessaan²⁷ Freudin ja Abrahamin jälkeisten psykoanalyttisen depressiotutkimuksen kolmeen pääsuuntaukseen. Näitä suuntauksia ovat klassiset teoriat, narsistisen vamman teoriat sekä depressiivisen affektin teoriat. Seuraavaksi näistä jokaisesta lyhyesti.

Klassiset teoriat

Klassisten teorioiden alla depressiota tutkitaan näkemysten perustuen selkeästi Freudin ja Abrahamin kirjoituksille. Nämä teoriat tarkastelevat masennusta aluksi libido- ja myöhemmin strukturaalisen teorian näkökulmista. Klassisten teorioiden mukaan depression psykologia on ennen kaikkea varhaisten tai traumaattisten menetysten, pettymysten ja puutteiden psykologiaa. Depression oletetaan kumpuavan tilapäisestä tai pysyvästä menetyksen tunteesta, johon liittyy voimakasta ahdistusta tai avuttomuutta. Varhainen pettymys synnyttää vihamielisen yrityksen saavuttaa välttämättömiä, mutta menetettyjä tyydytyksiä. Koska masentunut on kuitenkin kyvytön saavuttamaan tarvitsemaansa joko oman minuutensa heikkouden tai ulkoisten olosuhteiden vuoksi, vihamielisyys kohdistuu kyvyttömänä koettuun itseensä.

²⁷ Myllerniemi, J. (2009). Masennus- psyyken kipu. Helsinki: Kirjapaja.

Narsistisen vamman teoriat

Narsististen teorioiden mukaan masennukselle altistavat puutteet ja menetykset tapahtuvat yleensä kehitysvaiheessa, jossa sekä itseä että toista koskevat mielikuvat ovat vielä suhteellisen eriytymättömiä tai huonosti jäsentyneitä ja siten helposti alttiita varhaisen raivon tuhoaville vaikutuksille²⁸. Menetyksen aiheuttamaa kipua ja vihaa torjutaan suojautumiskeinoja käyttäen, ja tämä taas voi myöhemmin altistaa depressiolle. Masennustaipumuksen kannalta keskeiset menetykset ja puutteet syntyvät yleensä kehitysvaiheessa, jossa lapsen minuuden tasapaino ja hyvinvointi ovat hyvin suurelta osin vanhempien varassa. Jos tässä vaiheessa lapsi menettää vanhempiohjeensa, jonka varassa ovat osa lapsen toiminnoista, häiriintyy lapsen narsistinen tasapaino sekä minuus sillä seurauksella, että lapsen on pakko turvautua varhaisiin ja vielä kehittymättömiin suojautumiskeinoihin, joita ovat muun muassa kieltäminen, sisäistäminen, ulkoistaminen ja lohkominen. Näiden keinojen runsas käyttö vääristää todellisuutta ja voi johtaa kehitykseen, joka myöhemmin altistaa eriasteisille masennusreaktioille.

Depressiivisen affektin teoriat

Kolmatta ryhmää Myllerniemen jaottelussa kutsutaan nimellä depressiivisen affektin teoriat, koska niissä tutkimuksen kohteena on erityisesti masentunut mieliala. Depressiivinen affekti voi olla tietoinen, esitietoinen tai piilotajuinen, ja sen on ahdistuksen tavoin perustavanlaatuinen psykobiologinen tunnereaktio. Ahdistuksesta poiketen depressiivinen affekti on reaktiota johonkin, joka on jo tapahtunut. Yleisesti voidaan todeta, että depressiivinen tunnereaktio on ihmisen perustavanlaatuinen tunneaste johonkin hänen henkisen käsittelykykynsä ylittävään. Depressiivisen affektin kokeminen ei välttämättä suoraan johda depressiiviseen sairauteen. Muuttuessaan vallitsevaksi tai pitkittyessään se voi muuttua sellaiseksi.²⁹

²⁸ Myllerniemi, J. (2009). Masennus- psyyken kipu. Helsinki: Kirjapaja

²⁹ Myllerniemi, J. (2009). Masennus- psyyken kipu. Helsinki: Kirjapaja

3 KIRJALLISTEN AINEISTOJEN TULKINTA

”Emme voi muuttaa sitä mitä meille on tehty. Hyväksi tai pahaksi, me kannamme menneisyyttä mukanaamme. Kaukaisessa menneisyydessä saamiemme vaurioiden kanssa on silti mahdollista elää. Menneisyydessä koettu tuska voi joskus toimia ponnahduslautana luonteen kehittymiseen. Mutta miten me sitten suhtaudummekin menneisyydessä saamamme sielulliseen vammaan, emme voi elää niin kuin sitä ei olisi tapahtunut.”³⁰

Tämä teoriaosuus, jossa käsittelemme kirjallisia aineistoja ja tulkitsemme niitä, motivoivat pro gradumme empiiristä osiota, jota käsittelemme myöhemmin tässä tutkielmassa. Tässä kappaleessa kaiken tulkintamme taustalla on Veikko Tähkän näkemys psykoanalyttisesta tulkinnasta.³¹

Bipolaarisen mielialahäiriön psykologista puolta on tutkittu hyvin vähän johtuen sairauden maineesta biologisena sairautena, johon apuna on lääkehoito. Psykoanalyysiä pidetään huonona lähestymistapana kohdattaessa bipolaarihäiriöstä kärsiviä potilaita, sillä psykoanalyysin terapiamuodon ei uskota soveltuvan arvaamattomasti toimivan potilaan hoidoksi. Kristerin kirjassa todetaan, että kaksisuuntaista mielialahäiriötä ei voida parantaa psykoterapian avulla, mutta erilaisten terapeuttisten hoitomuotojen sanotaan olevan keskeisiä häiriön hoidossa. Kristeri jatkaa jo tutuksi tullutta linjausta terapiasta mahdollisuutena saada häiriöstä kärsivä hyväksymään sairautensa ja ottamaan lääkkeensä ja näin selviämään paremmin terapian avulla.³² Leena Vähäkylä toteaa teoksensa *Mieli keinussa* ensimmäisillä sivuilla kaksisuuntaisen mielialahäiriön olevan aivoperäinen sairaus, jossa hermoimpulssien siirto aivoissa on epävakaata. Vähäkylä jatkaa tämän aivoperäisen sairauden laukaisevasta tekijästä, stressistä, kuvaten traumaattisten

³⁰ Evans, A. Mannerheimin Lastensuojeluliiton lapsiraportti A44. (s.10)

³¹ Tähkä, V. (1993). Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen. Helsinki: WSOY.

³² Kristeri, I. (2009). Manian varjossa. Helsinki: Kirjapaja.

kokemusten kuten lähiomaisen kuoleman aiheuttamaa aivojen normaalien mielialamekanismien häiriytymisen. Toinen suosittu tulkintatapa on stressi-haavoittuvuusmalli, jonka mukaan henkilöllä on geneettinen alttius sairastua voimakkaasti stressaavien elämäntapahtumien vuoksi³³, todetaan Vähäkylän tekstin seuraavassa kappaleessa. Persoonallisuuden rakentumisen ja elämäntapahtumien kulku voivat Vähäkylän tekstin mukaan vaikuttaa sairastumisen riskin suuruuteen, mutta pohjalla ovat geneettiset ja biologiset syyt. Seuraavaksi käymme läpi tekemämme huomion pohjalta Vähäkylän kirjassa esiintyvien ihmisten tarinoista poimimamme kohdat. Tuomme tekstissä julki osan jokaisesta Vähäkylän teoksessa esiintyvistä tarinasta poistaaksemme itseltämme mahdollisuuden valita vain ne tarinat, joita psykoanalyysin keinoin on helpoin tulkita. Jokaisessa tarinassa on piirteitä, joiden avulla voidaan tehdä johtopäätöksiä siitä, että ihmisellä on lapsuudessaan taikka nuoruudessaan psyykkisiä tekijöitä, jotka yksinään, ilman geneettisiä tekijöitä, voisivat olla syy aikuisiän bipolaarihäiriön esiintymiselle. Tarkastelemme näitä mielestämme bipolaarihäiriön psykoanalyttisen tulkinnan kannalta merkityksellisiä piirteitä erikseen jokaisen tarinan lopuksi kappaleessa 3.1 Kertomukset ja huomioita. Lisäksi kappaleessa, 3.2 Päätelmiä bipolaarista mielialahäiriötä aiheuttavista tekijöistä, teemme näiden huomioiden pohjalta syvempää tulkintaa edelleen hyödyntäen psykoanalyttista näkökulmaa. Näkökulmamme tarkastelussa, kuten edellä on useaan otteeseen todettu, on psykoanalyttinen, ja apuna käytämme Veikko Tähkän teosta *Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen* sen tarjotessa tarkoituksenmukaiset teoreettiset ja metodologiset lähtökohdat analyysiämme tukemaan.

³³ Vähäkylä, L. (2004). *Mieli keinussa*. Helsinki: Kirjapaja (s.20).

3.1 Kertomukset ja huomioita

Tässä luvussa on suoria lainauksia Vähäkylän³⁴ teoksessa esitellyistä kertomuksista. Kertomuksien jälkeen haluamme tuoda esiin niitä välittömiä huomioita, joita kertomuksesta olemme tehneet. Myöhemmin, kappaleessa 3.2, analysoimme ja tulkitsemme syvemmin näitä kertomuksia, muun muassa tässä kappaleessa tehtyjen huomioiden pohjalta.

1. Maija, syntynyt 1949

”Jo lapsena tunsin, että minut oli hylätty, että minua ei arvostettu, että minua pidettiin lihavana ja vaikka mitä. Kasvatus oli protestanttisen ahkeruusetiikan mukaista eikä virheitä saanut tehdä. Alice Millerin mukaan perheen jonkun lapsen pitää pelastaa perheen kunnia. Meidän perheessä tämä osa lankesi minulle. Muutenkin Alice Miller Lahjakkaan lapsen tragediassaan osuu oikeaan lapsuuteni suhteen. Isäni oli millintarkka työssään eikä hän koskaan ollut tyytyväinen.”³⁵

Maija kuvasi tuntevansa samoja hylätyksi tulemisen ja arvottomuuden tunteita edelleen aikuisena, hän aloittaa tarinansa kuvaamalla tunteitaan pahimmillaan sellaisiksi, että tuntuu kuin hänelle ei olisi koko maailmassa ketään eikä mitään. Maija kuvasi äitiään fyysisten tarpeittensa täyttäjäksi, mutta muuhun tästä ei ollut. Maija koki äitinsä poissaolevaksi lapsuudessaan tämän ainoastaan huolehtiessa ulkoisista seikoista. Lisäksi Maijan isä oli millintarkka asioista ja uskoi tiukkaan kasvatukseen. Itselleni kertyneen psykoanalyttisen tiedon valossa Maijan tapausta tulkittaessa tulee väijäämättä mieleen lapsuuden hylkäyskokemusten vaikutus kehittyvään minäkuvaan. Lapsuudessa minäkuva kehittyy jatkuvasti ja lapsi heijastaa ympäristönsä reaktioita itseensä. Tilanteessa, jossa lapsi kokee tulevansa hylätyksi tai jäävänsä ilman hellyyttä, hän uskoo syyn olevan hänessä itsessään.

³⁴ Vähäkylä, L. (2004). *Mieli keinussa*. Helsinki: Kirjapaja.

³⁵ Vähäkylä, L. (2004). *Mieli keinussa*. Helsinki: Kirjapaja (s.24).

Tämä taas ilman eheyttäviä kokemuksia johtaa tilanteeseen, jossa minäkuvaan sisältyy myös aikuisuudessa tunne itsestä epäkelpona ja arvottomana.

2. Elina, syntynyt 1970

”Olen luonteeltani romanttisen dramaattinen. En keksi lapsuudestani mitään syytä, mikä aiheuttaisin tämän sairauden. Olen toki avioerolapsi, mutta niin ovat lukuisat täysin terveetkin. Perinnöllistäkään tämä ei ole, ainakaan kukaan suvustamme ei ole suostunut myöntämään tätä sairautta. Tosin on epäilty että isoäitini olisi masentunut. Hän on usein katkera kaikesta, vaikka asiat hänen elämässään ovat enimmäkseen hyvin.”³⁶

3. Elias, syntynyt 1946

”Isä kuoli, kun olin kahden kuukauden ikäinen. Äiti ja isoäiti kasvattivat minut. Sairaus ei ole perinnöllistä. En tiedä suvussa ketään maanis-depressiivistä. Äidin veli oli alkoholisti, ehkä hän oli myös vähän hypomaaninen. Tosin sairaus on voinut hypätä monen sukupolven yli.”³⁷

Elias oli hyvin nuori isänsä kuollessa, mutta isän kuoleman voidaan olettaa vaikuttaneen häneen useallakin eri tavalla.

4. Malla, syntynyt 1950

”Äitini oli selvästi maanis-depressiivinen. Minua odottaessaan hän suuttui isälleni, koska tämä ei suostunut lähtemään tansseihin. He olivat hakanneet toisiaan, vaikka äiti oli raskaana. Kerran hän yritti lyödä sohvalle lojuvaa isää hiilihangolla. Naapuri tuli onneksi väliin. Äiti oli aina kiltimpi, kun minä olin kotona.”

³⁶ Vähäkylä, L. (2004). *Mieli keinussa*. Helsinki: Kirjapaja (s.35).

³⁷ Vähäkylä, L. (2004). *Mieli keinussa*. Helsinki: Kirjapaja (s.49).

Malla ei kerro, oliko hänen äidillään todettu bipolaarihäiriötä. Oletamme, että häiriötä ei oltu viralliselta taholta diagnosoitu, sillä Malla kertoo äidin olleen ”selvästi maanis-depressiivinen”. Ennen kuin aloitamme muun analyysin Mallan tarinasta, haluamme tuoda ilmi mahdollisuuden siihen, että Mallaa on saatettu johdatella määrittelemään äitinsä tilan kyseisellä tavalla kirjan kirjoittajan toimesta. Miksi Malla näin toteaa, jää kuitenkin meille arvoitukseksi.

5. Irmeli, syntynyt 1959

”Uusi terapiayritys oli edessä. Kävin tapaamassa terapeuttia, kun olin vielä sairaalassa. Hän selvitti koulutustaan ja terapiakoulukuntaansa. Luotin siihen, että hän ei tekisi minusta pikapäätelmiä. Kävin seitsemän vuotta hänen luonaan, kaksi kertaa viikossa. Eteneminen oli hidasta, kuten analyttisessä psykoterapiassa yleensäkin, mutta alkaessani havaita tuloksia minun oli vaikea ymmärtää, millä muulla tavalla olisin niitä saavuttanut.”³⁸

Irmelin tapauksessa haluaisimme huomauttaa, ettei hänen tarinansa sisältänyt minkäänlaista kuvausta lapsuudesta. Kuitenkin juuri Irmeli kertoo hyötynensä suuresti psykoanalyttisesta psykoterapiasta. Näin ollen uskallamme väittää, että Irmelin kohdallakin kyse on ollut mielen rakentumisen häiriintymisestä, sillä häiriön olemassaoloon on voitu psykoanalyysin keinoin vaikuttaa hyvin tuloksin.

6. Ulla, syntynyt 1972

”Sairauteni on ilmeisesti perinnöllistä. Isän käytös on aina ollut epävakaata ja vahvojen mielialojen vaihtelun leimaamaa. Hän ei ole koskaan kasvanut aikuiseksi. Hän on pystynyt käymään töissä, mutta muu arkielämän toiminta on jäänyt vähiin. Hänelle on suositeltu terapiaa, mutta äiti vastustaa, koska haluaa ilmeisesti pitää yllä kulisseeja. Äiti joutui kantamaan vastuun viiden lapsen perheestä yksin, mihin hän ei pystynyt. Hän hoiti kyllä

³⁸ Vähäkylä, L. (2004). *Mieli keinussa*. Helsinki: Kirjapaja (s.66).

aineellisesti kaiken, mutta ei pystynyt ottaman vastaan vihantunteitani vaan kielsi ne minulta tarjoten tilalle lääkkeitä tai hoitoa. Minuun on syvään juurrutettu se, että meidän perheen ongelmat ovat minun vikani ja että minun pitäisi pyytää niitä anteeksi. Lisäksi vanhemmat vetivät perheessä täysin eri suuntiin.” Erityisen mielenkiintoinen havainto on se, että Ullan kertomus alkaa perinnöllisyyttä hyvin vahvasti puolustavaan sävyyn.

7. Kauko, syntynyt 1930

”Ensimmäisen kerran masennuin kun isäpappa kuoli vuonna 1976. Silloin en ollut vielä tällainen huru-ukko. Pappa pääsi kotiin kuolemaan, koska sairaalassa ei voitu tehdä enää mitään. Siihen aikaan ei ollut saattohoitokoteja. Äiti alkoholisoitui kun isä sairastui. Hän piilotteli meiltä pulloja. Lisäksi hän oli saanut rauhoittavia hautajaisiin, joten hän oli aivan sekaisin. Mamma kuoli kymmenen vuotta myöhemmin. Silloin olin itsekkin jo lääkityksessä.” Myöskään Kaukon tarinassa ei kerrota hänen lapsuudestaan eikä liiemmin nuoruudestaan, mikä on sinänsäkin jo kiinnostavaa, aivan kuin muita kuin biologisia syitä hänen sairautelleen ei haluttaisi antaa. Kauko itse toteaa vielä: ” Suvussa ei ole ketään toista, jolla olisi ollut tämä sairaus. Sairaus aiheutui työhulluudesta. Kun ei saatu tarpeeksi miehiä töihin, saatoimme tehdä 12 tunnin vuoroja.”³⁹ Kauko koki isänsä sairastumisen ja kuoleman erityisen vaikeana, koska surua varjosti huoli äidin jaksamisesta ja selviämisestä tämän käyttäessä liikaa alkoholia ja jopa mielialalääkkeitä. Kaukon tarina kertoo kylmää totuutta siitä, kuinka ainakin hänen hoitonsa on pohjannut hyvin vahvasti lääkkeisiin. Koko hoitohistoria on käytännössä tietoutta siitä, mitä lääkettä hänelle on missäkin vaiheessa kokeiltu.

8. Anne, syntynyt 1946

”Isälläni oli skitsofrenia. Kun me olimme lapsia, sairaus ilmeni hänen ottaessaan alkoholia. Meitä oli seitsemän lasta. Minä olin toiseksi vanhin. Koin aina olevani musta lammas ja olen tuntenut huonommuuden tunnetta lapsesta saakka. Olen jo lapsesta lähtien ollut masentunut. Eihän sitä tietenkään vielä silloin todettu. En tiedä onko tämä sairaus

³⁹ Vähäkylä, L. (2004). *Mieli keinussa*. Helsinki: Kirjapaja (s.90).

perinnöllistä. Pikkusiskolla ja pikkuveljellä on ollut alkoholiongelmia, siskolla masennusta.”⁴⁰ Myöskään Annen tarina ei kerro sitä, oliko isän skitsofrenia diagnosoitu vai läheisten oma päätelmä hänen käytöksestään alkoholin vaikutuksen alaisena. Haluamme tuoda esiin huomion siitä, että mikäli seitsenlapsisen perheen isä ei kykene osallistumaan perheen arkeen, voi äidin taakka lasten kasvattajana olla liian raskas.

9. Irene, syntynyt 1968

”Minulla on isovelji ja pikkuveli. Hoidin pienenä paljon pikkuveljeä, meillä on kaksi ja puoli vuotta ikäeroa. Isoveli oli kuusi vuotta vanhempi emmekä olleet paljon yhdessä. Olin isän tyttö. Pikkuveli sai paljon apua, koska ei pärjännyt koulussa. Minulla sen sijaan on pienestä pitäen ollut olo, että minun pitää pärjätä itse, mikä on ihan väärin ajateltu lapselta.” Irene itse toteaa tunteneensa, että hänen on pärjättävä itse, vaikka esimerkiksi pikkuveli sai paljon apua ja huomiota. Tämä on mielenkiintoinen huomio psykoanalyysin puitteissa.

10. Timo, syntynyt 1976

”Olen arka mutta en ole sosiaalisesti avuton. Uskallan lähestyä ihmisiä. Olen herkkä psyykkisille ongelmille. En ole kokenut lapsena mitään menetyksiä tai kriisejä jotka olisivat aiheuttaneet tämän. En edes muista, että minulla olisi ollut erityisiä stressitekijöitä ennen sairastumistani. En ole paljon analysoinut itseäni.” Timo kertoo suvussaan olevan taipumusta alkoholismiin, ja että kolmesta sisaruksestaan yhdellä on pakkoneurooseja ja masennusta. Lisäksi sedällä ja tämän pojalla on lääkityksellä kontrolloitava paniikkihäiriö.

11. Hilka, syntynyt 1934

”Olen viisivuotiaana nähnyt ensimmäiset pommit, jotka putosivat Helsinkiin. Olin 9-vuotias, kun olimme pommisuojaissa kovia jatkosodan pommituksia paossa. Samana yönä isäni käsinetehdas pommitettiin, kotiimme tuli palopommi ja talostamme sortui ulkoseinä.

⁴⁰ Vähäkylä, L. (2004). *Mieli keinussa*. Helsinki: Kirjapaja (s.92).

Äiti meni pelastamaan mitä pelastettavissa oli. Samaan aikaan väestönsuojelija tuli ilmoittamaan että pommisuoja pitää tyhjentää, koska se on hengenvaarallinen seinään tulleen reiän vuoksi. Minä jäin sinne viimeiseksi kahden nuoremman siskoni kanssa. Toinen oli nelivuotias ja toinen runsaan vuoden ja vielä keuhkokuumeessa. Minulle tuli hirveä hätä, mitä tapahtuu ja minne joudun sisareni kanssa, jos äidille on sattunut jotakin. Se oli kauhea vastuu niin nuorena. Sitten tuli äiti ja pääsimme isän serkun luo ja sieltä Ruotsiin. Olimme siellä vajaan vuoden. Siitä minulle jäi hyvät kokemukset. Sisareni sen sijaan kärsi koko ikänsä tästä erosta, alkoholisoitui ja lopuksi hirttäytyi 55-vuotiaana.”

”Menin myös mielenterveystoimistoon. Siellä lääkäri sanoi minulla olleen monia raskaita kokemuksia, kun olin juuri kokenut avioeron. Hän kysyi, oliko minulla ollut aikaa surra ollenkaan. Surra, ihmettelin. En ollut tiennyt että pitää surra kokemuksia. Oli aina pitänyt vain jaksaa ja olla vahva.”

”Monet elämäni tapahtumat ovat vaikuttaneet sairastumiseen. Jouduin lapsena kantamaan vastuuta pikkusisaruksistani. Matka Ruotsiin aiheutti epätietoisuutta, minne joudun. Olen myös ollut liian kiltti ja tunnollinen. Nyt minusta on tullut häijy ja sanon suoraan. Lasteni mielestä minulla on yhtä räväkät mielipiteet kuin Ritva Santavuorella. Mies pani minut tuntemaan syyllisyyttä, mutta en enää tunne sitä. Positiivinen ajatteluhan sai minut haluamaan avioeroakin. Perintöriidatkin kestin positiivisella ajattelulla. Nyt asiat on selvitetty ja minulla on hyvin seesteinen ja huojentunut olo.”

On sanomattakin selvää, että Hilkan tapauksessa on kyse useista hyvinkin raskaista kokemuksista, jotka Hilka on pyrkinyt torjumaan jaksakseen jatkaa. Kuten hän itsekin toteaa: ”Oli aina pitänyt jaksaa ja olla vahva.”

12. Tiina, syntynyt 1971

”Väkivaltainen parisuhde laukaisi sairauteni. Poikaystäväni ”Petri” oli romuttanut täysin itsetuntoni, kun olin parikymppinen. Se oli tosi kamalaa ja riitti aiheuttamaan maanis-

depressiivisyyteni. Väkivalta oli sekä fyysistä että psyykkistä.” Tiina kuvaa Petrin kanssa koettuja aikoja tarpeeksi traumaattisiksi, jotta sairaus olisi voinut puhjeta ainoastaan kyseisen suhteen vaikutuksesta. Tiina kuitenkin jatkaa heti seuraavassa kappaleessa kertomalla jo ennen Petriä sairastetusta masennuksesta ja sen hoidosta:

”Ensimmäinen diagnosoitu masennus oli vuonna 1989 jo ennen Petrin kanssa seurustelua. Lopetin aina välillä omin päin lääkkeiden syönnin. Minua hoidettiin pari vuotta masennuspotilaana ilman lääkitystä. Kävin terapiassa kerran viikossa nuorisopsykiatrian polilla eräässä pikkukaupungissa kotikuntani lähellä.”

”Ehkä sairaus olisi puhjennut ilman tätä suhdettakin jossain vaiheessa. En tiedä kumman vanhemman puolelta se periytyy. Isä oli urheilija mutta alkoholisti. Siskopuolelta kysyin vastikään, oliko isällä ollut mielialahäiriö. Hän väitti että ei. Kun itse muistelen, millainen isä oli, niin hänellä oli aina kiire johonkin eikä hän rauhoittunut hetkeksikään. Äidin kahdella siskolla on masennusta. Silti uskon, että tämä sairaus periytyy isän puolelta, sillä äiti on kertonut isoäitini kuolleen Törnävän mielisairaalassa Seinäjoella.”

”Isä kuoli vuonna 1987. Vanhempani olivat eronneet jo kun olin aivan pieni. Asuin silloin äidin luona. Vanhempieni avioerolla tuskin oli merkitystä sairastumiseeni. Olin kasvanut siihen, että he asuivat erillään, koska niin oli ollut melkein syntymästäni lähtien. On minulla pikkuvelikin, mutta vanhemmat asuivat jo erillään kun hän syntyi, koska äiti opiskeli toisella paikkakunnalla. Minulla oli erittäin läheinen suhde isään. Hänen kuolemansa varmasti masensi minua. En masentunut heti, mutta kyllä se vaikutti.”

13. Jussi, syntynyt 1941

”Minulle ei ole koskaan tarjottu psykoterapiaa, vaikka olisin halunnut ja olen pyytänyt sitä.”

”Äitini oli skitsofreenikko, ja jouduin aikanaan kahteen otteeseen kyyditsemään hänet pakkolähetteellä mielisairaalaan. Häpeän sitä, että itse olen ”vain” maanis-depressiivinen. Äidin siskolla oli tapana silloin tällöin kadota maisemista, kunnes selvisi, että hän osasi

itse hakeutua hoitoon. Hän oli ainakin kerran sähkösokkihoitoa saatuaan saanut lääkärin vakuuttamaan, ettei kyseessä välttämättä ollut hulluus vaan henkinen väsymys. Äidin puolelta eräs serkkuni on jo parikymppisestä ollut täydellisessä pimeydessä eli suljetussa paikassa -parantumattomana. Serkkupoika taas on eläkkeellä masennuksen takia, joskin pari lapsena koettua pahaa kallovammaa lieenee edesauttanut asiaa.”

”Koska ahdasmielinen äiti opetti voimakkaita syntikäsitteitä, sain murrosiän kynnyksellä tarpeettomia syyllisyyden tunteita ja itkeskelin herkästi. Tästä saattoi alkaa muorin hokema, että minulla olisi huonot hermot. Kärsin myös unettomuudesta. Äiti hermostui ja vei minut hermo- ja mielitautien lääkärille. Itkin kuuliaisesti, kunnes lääkäri kysäisi äidiltä, oliko hän ajatellut laitoshoidoa. Itku katkesi ja äiti kielsi. Lääkäri kirjoitti rauhoittavia ja unilääkkeitä.”

”Aloitin alkoholinkäytön hyvin varhain. Kompensoin normaalia puuttuvaa seurustelua; enhän voinut mennä kouluhippoihinkaan, koska se oli syntiä. Juopotteluni oli humalahakuista ja iän karttuessa soittoruokaloiden parketit tulivat tutuiksi viimeistään muistin katketessa.”⁴¹ Jussin tarinassa kerrotaan kuinka hänen suvussaan on esiintynyt mielialahäiriöitä useammallakin perheenjäsenellä. Jussin häiriö voidaan kuitenkin tulkita silti muualta kuin perimästä käsin. Millaiset kasvuolosuhteet ovat ahdasmielisen äidin lapsella tämän kuullessa lähes kaiken olevan syntiä, ja että äidin mielestä hän on heikkohermoinen?

14. Leena, syntynyt 1960

”Sairauteni lieenee perinnöllistä. Isoäidin äiti teki ilmeisesti itsemurhan 30-luvulla. Hänen miehellään ja tämän isällä kerrotaan olleen maanisuteen viittaavia piirteitä. Isoäiti oli vähintäänkin hypomaaninen, kunnes vanhana sairastui masennukseen. Myös äidillä, tädillä ja yhdellä serkulla on ollut masennusta. Yksi isän puolen serkku teki menestyksensä huipulla itsemurhan.” Hyvin useista Vähäkylän teoksen tarinoista huomaa sen, kuinka perinnöllisyyttä pyritään tuomaan ilmi luettelemalla mahdolliset sukulaiset, joilta häiriö

⁴¹ Vähäkylä, L. (2004). *Mieli keinussa*. Helsinki: Kirjapaja (s.154–169).

voisi olla lähtöisin. Näin myös Leenan tarinassa, hänen aloittaessaan tarinansa kerronnan mahdollisten psyykkisistä sairauksista kärsineiden sukulaistensa luettelolla.

”Sairastuin jo aivan vastasyntyneenä pahaan ihottumaan. Isä oli armeijassa ja äiti oli yksin kahden pienen lapsen kanssa. Huusin päivin ja öin kutiavaa ihottumaa. Olin lapsena paljon sairaana. Minulla oli käsittämätön taipumus oksentaa itseni kuiviin, minkä seurauksena jouduin useaan otteeseen sairaalaan tiputukseen. Sairaalassa jouduin olemaan pitkiä aikoja erossa perheestä. Muistan, kuinka Lastenlinikalla vanhemmat saivat käydä katsomassa ikkunan takaa. Sain lahjaksi Maija Poppanen -paperinuken ja -kirjan, mutta ne eivät lohduttaneet kuusivuotiaan yksinäisyyttä, sillä en vielä osannut edes lukea ja ollessani tiputuksessa minun oli oltava huoneessa aivan yksin.”

”Söin peukaloa yli kymmenvuotiaaksi, en saanut unta ilman imemistä. Salasin sen vuosia. Minua uhkailtiin leikillään peukalon poisleikkaamisella tai tervaamisella, mutta itse en osannut ottaa sitä leikkinä.”

”Kun olin pieni, muutimme usein enkä ole koskaan oppinut muodostamaan kiinteitä ystävyysuhteita. Minulla on edelleen vähän ystäviä enkä osaa pitää heistä kiinni. En ole koskaan välittänyt kulkea lauman mukana vaan olen toiminut oman pääni mukaan. Silti olen kärsinyt yksinäisyydestä, mikä on saanut minut takertumaan miehiin.”

”Lukioikäisenä ensimmäinen poikaystäväni oli ahdistuneen uskovainen. Hän tavoitteli Lutherin kaltaista olotilaa, jossa hän saavuttaisi kärsimyksen kautta oikean suhteen Jumalaan. Minäkään en saanut olla iloinen vaan minun piti olla masentunut, jotta olisin parempi ihminen. Tunsin elämän hyvin ahdistavaksi. Pari vuotta sen jälkeen kun olimme eronneet, kuulin, että hän oli sairastunut vakavaan masennukseen. Itsekin masennuin heti eromme seurauksena mutta en vakavasti, sillä suoriuduin erittäin hyvin sinä keväänä olleista ylioppilaskirjoituksista. Silti mielialani pysyi pääosin alakuloisena ja ahdistuneena.

Alakuloani pahensi vielä se, että naimisissa ollut tuttu pappi käytti eroamme hyväkseen ja vietteli minut. Olin liian heikko vastustamaan häntä.”

”Julkisen sektorin psykiatri ehdotti minulle yksityistä terapiaa, jopa psykoanalyysia. Valitsin kognitiivisen psykoterapian. Kävin siellä yli puolitoista vuotta, mutta en ollut siihen täysin tyytyväinen, koska terapeutti ei tuntunut tietävän tarpeeksi tästä sairaudesta. Parhaan avun olenkin kriisiryhmän lisäksi saanut kirjallisuudesta, jota lukemalla tietoni maanis-depressiivisyydestä on lisääntynyt ja minun on ollut helpompi ymmärtää elämäni. Olen käynyt myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön hallintakurssin, joka on auttanut sairauden tunnistamista ja oireiden hallintaa. Vedän ”bipo”-vertaistukiryhmää, joka on antoisaa myös vetäjälle ja antaa tukea itsellenikin. Moniin kohtalotovereihin tutustuminen on antanut uskoa, että tämän sairauden kanssa voi selvitä. Tieto on tosin lisännyt myös tuskaa: usein tunnen epätoivoa, koska sairaus ei parane koskaan.”⁴²

3.2 Päätelmiä bipolaarista mielialahäiriötä aiheuttavista tekijöistä

Etsiessämme tietoa bipolaarihäiriön synnystä ja sitä aiheuttavista tekijöistä tulimme nopeasti huomaamaan olevamme lähes toivottomalta näyttävän tilanteen vankeina: Jokaisessa teoksessa, artikkelissa ja mielipidekirjoituksessa bipolaarihäiriön ilmenemistä selitettiin aivojen toimintahäiriönä tai perinnöllisenä, biologisena sairautena. Tässä luvussa tuomme ilmi erilaisia näkökantoja bipolaarihäiriöstä ja sitä aiheuttavista tekijöistä ja liitämme mukaan kokoavan analyysin edellä esitellyistä tarinoista. Nämä analyysit antavat pohjaa niille elämäkertahaastatteluille ja tulkinnoille, joita tekstissä myöhemmin käsittelemme.

⁴² Vähäkylä, L. (2004). *Mieli keinussa*. Helsinki: Kirjapaja (s.170-185).

”Ihmislapsen elämä on täynnä vaikeuksia, haasteita, uhkia ja pettymyksiä. Osa kuuluu normaaliin kehitykseen, mutta kokemuksista tulee stressaavia, kun tilanteen vaatimukset ylittävät lapsen voimavarat. Traumakokemukset eivät kuulu lapsuuteen tai normatiiviseen kehitykseen. Ne ylittävät lapsen kestokyvyn ja vaativat häneltä itseltään ja lähiympäristöltä suuria ponnisteluja, jotta mielen tasapaino palautuisi. Traumalle on tyypillistä vaaraan joutuminen, äärimmäinen avuttomuus ja pelko vahingoittumisesta. Traumatilanteessa lapsi joutuu usein hirvittävien asioiden silminnäkijäksi. Trauma voi olla yhtäkkinen ja odottamaton kuten auto-onnettomuus, rikos tai itsemurha, mutta traumaattiset kokemukset voivat myös olla pitkäkestoisia ja kuulua osana lapsen elämään. Tällaisia ovat esimerkiksi lapsen kaltoinkohtelu, perheväkivalta ja psyykkinen tai fyysinen heitteillejättö.”⁴³

Veikko Tähkä kirjoittaa kirjansa *Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen* viidennessä luvussa objektinmenetyksen käsittelystä. Hän esittää tärkeän objektin menettämisen ilmenevän yksilön mentaalisessa maailmassa suremisen ja depression lisäksi vaihtoehtoisesti kieltämisenä, menetetyn objektin idealisointina, objektin nopealla korvaamisella, patologisena suruna, somaattisen tai psykosomaattisen sairauden kehittämisenä taikka turvautumisena alkoholiin, lääkkeisiin tai ylensyömiseen. Tähkä toteaa kasvavan yksilön tulevan kykeneväksi käsittelemään tärkeän objektin menetystä vasta nuoruusiän kriisissä tapahtuvan lapsuuden objekteista luopumisen jälkeen. Tämä on mielestämme yksi merkittävä tekijä analysoitaessa yleisesti Vähäkylän teoksessa esitetyjä tarinoita, sillä usea tarinansa teoksessa kertonut taisteli jonkun Tähkän mainitseman ilmenemismuodon kanssa. Seuraavaksi kertaamme luvussa 4 esiteltujen ihmisten tarinoista ne kohdat, joiden koemme olevan mielekkäitä analysoitaessa bipolaarihäiriötä psykoanalyttisesta näkökulmasta.

⁴³ Punamäki, R-J. (2003). Kiintymyssuhteen ja traumaattisen kokemuksen välinen yhteys teoksessa Sinkkonen, J ja Kalland, M. (Toim.) Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö (s.184).

Maija aloittaa kertomuksensa toteamalla tunteneensa lapsuudessaan arvottomuuden ja hylätyksi tulemisen tunteita. Lisäksi hänen perheensä tuntui painostavan täydellisyyteen, ja virheitä ei saanut tehdä. Pohtikaamme hetki tilannetta lapsen näkökulmasta: miten pieni lapsi oppii jos ei virheitä tekemällä, tai toisten virheitä seuraamalla? Jos lapsesta asti tilanne on se, että virheitä seuraa rangaistus, kuinka rohkea lapsi on vanhemmalla iällä koettamaan uusia asioita ja solmimaan uusia ihmissuhteita, jos virheitä ei saa tapahtua? Maijan kohdalla pidämme kuitenkin tärkeimpänä hänen mielialahäiriötään mahdollisesti selittävänä syynä lapsuuden tunnetta hylätyksi tulemisesta ja arvottomuudesta. Tällaisten lapsuuskokemusten vaikutus myöhempään elämään on selvä, sillä lapsuudessa ihminen rakentaa kokemuksia hyväksytyksi tulemisesta ja arvostuksesta, minäkokemusta, jonka mukaan hän itse on arvokas ja rakastettu. Lapsen on vaikea ymmärtää, että syy hänen kokemiinsa tunteisiin voi olla muualla kuin hänessä itsessään, että äiti ja isä käyttäytyvät tuolla tavoin jonkin aivan muun asian tähden kuin sen, että Maija oikeasti olisi arvoton. Näin lapsi muodostaa vankan kuvan itsestään arvottomana, ja kantaa tätä taakkaa mukanaan läpi elämän, ellei asiaa käsitellä tarkoin. Maijan tarina ei kerro, onko bipolaarihäiriötä mahdollisesti esiintynyt hänen suvussaan.

Elinan kertomus lapsuudestaan oli lyhyt hänen todetessaan olevansa avioerolapsi ja samaan hengenvetoon, ettei tällä ole ollut vaikutusta hänen tautinsa ilmaantumiseen. Lapset voivat kokea avioeron hyvinkin eri tavoin riippuen muun muassa siitä, mitkä asiat eroon ovat johtaneet, ovatko lapset joutuneet elämään kovien riitojen aikaa ennen eroa, minkä ikäinen lapsi on kun vanhemmat eroavat ja millaisissa väleissä vanhemmat eroavat. Elina ei kerro lapsuudestaan mitään muuta, joten analysoimme hänen tapaustaan vanhempien avioeron kautta. Toki myönnämme, että syitä hänen sairastumiselleen voi olla muitakin, mutta koska emme itse ole päässeet Elinaa haastattelemaan, on meidän tyytyminen siihen, mitä hänestä on kirjoitettu. Anna Freud kirjoittaa kirjassaan *Minän suojautumiskeinot* mielenkiintoisesti puberteettiajasta ja siitä, kuinka nuorten rakastuminen ja ihastuminen ovat nopeita ja vaihtavat kohteitaan yleisesti ottaen tiuhaan tahtiin. Emme ensiksi kiinnittäneet kovinkaan paljoa huomiota Elinan kertomuksen osaan, jossa hän kuvaa maanisten kausiensa äkkirakastumisia, mutta tutustuttuamme Freudin teokseen, meitä alkoi kiinnostaa ajatus Elinan tunne-elämän mahdollisesta rajoittumisesta teini-iän tunnekuuhujen tasolle. Elinalla oli miesystävä, jonka hän joutui työpaikkansa peruuntuessa

jättämään toiseen maahan ja palaamaan itse Suomeen. Suomeen paluunsa jälkeen Elina rakastui maanisen kiihkeästi toiseen mieheen, mutta suhde päättyi hänen omien sanojensa mukaan ”täydelliseen romahdukseen”⁴⁴. Maniassa Elina sanoo rakastuvansa kiihkeästi miehiin, jotka hän kuitenkin pian hylkää ja jälkikäteen ei voi käsittää, mitä heissä on alun perin nähnyt. Anna Freud kirjoittaa: ”Eräässä analysoimassani nuorena tytössä tuli erikoisen selvästi ilmi järjestelmä, johon nämä muuttumistapahtumat pohjautuvat. Yhden ainoan vuoden kuluessa hän vaihtoi ystävää useita kertoja, tytöistä poikiin ja pojista vanhempiin naisiin. Joka kerta hylätty rakkauden kohde tuli hänelle täysin yhdentekeväksi, jopa hän alkoi kiihkeästi ja halveksuntaa lähenevällä tavalla inhota asianomaista henkilöä. Melko pitkällisten psykoanalyttisten tutkimusten jälkeen pääsimme vihdoinkin perille, että tällaiset odottamattomat tunteet eivät lainkaan olleet hänen omiaan. Joka kerta rakkauden kohdetta vaihtaessaan hän katsoi velvollisuudekseen jäljitellä käytöksessään uutta ystäväänsä ja omaksua tämän mielipiteet kaikenlaisissa sekä sisäisen elämänsä että ulkomailman asioissa. Hänen tunteensa eivät enää olleet hänen omiaan, vaan senhetkisen ystävän”.⁴⁵ Freudin tekstiä lukiessani mieleemme juolahti ajatus: voisiko rakastuminen ja täydellinen toiseen ihmiseen samaistuminen olla Elinan pakokeino maniassa? Mielestämme tulkinta on sinänsä järkeenkäypä, että maniassa ihmiset kuvaavat ajatusten mylläävän valtavana voimana jopa niin, että niiden määrä alkaa tuntua ahdistavalta. Voisiko rakastuminen ja sen kautta rakkauden kohteeseen samaistuminen lisätä järjestyksen tuntua Elinan omaksuessa toisen ihmisen ajatukset ja käyttäytymismallit maniansa ajaksi? Elinan tapaus muuttui entistä mielenkiintoisemmaksi sitä syvemmin pohtiessamme. Avioerolapsi, joka hakee epätoivoisesti rakkautta ja hyväksyntää. Elina ei kertonut vanhempiensa erosta mitään yksityiskohtia. Oliko ero ollut riitaisa? Oliko vanhemmilla mennyt huonosti ja pitemmän aikaa ja kodissa vallinnut painostava ja ahdistava tunnelma? Muun muassa tällaiset kysymykset jäivät vaivaamaan meitä Elinan tapausta pohtiessamme, avioerokin kun voidaan hoitaa monin eri tavoin.

Elias totesi suoraan uskovansa sairautensa tulevan jostain muualta kuin perimästä. Hän oli menettänyt isänsä 2 kuukauden iässä, ja kasvatus oli äidin ja isoäidin harteilla. Aiemmassa

⁴⁴ Vähäkylä, L. (2004). *Mieli keinussa*. Helsinki: Kirjapaja (s.33).

⁴⁵ Freud, A. (1969). *Minän suojauskeinot*. Helsinki: Weilin + Göös (s.127).

analyysissämme Eliaksen tapauksesta tulkitsimme hänen sairautensa syitä muun muassa isän menettämisen ja isättä elämisen näkökulmasta. Kysymys herää myös äidin jaksamisesta: millaista oli menettää aviomies ja jäädä yksin 2 kuukauden ikäisen poikavauvan kanssa? Toki isoäiti oli apuna, mutta tämän ei voida olettaa poistaneen sitä valtavaa psyykkistä kuormitusta, jonka alla Eliaksen äidin on täytynyt olla. Jatkaessamme tällä ajatuspolulla, voimme myös perustellusti olettaa, että tällaisen kokemuksen aikana ja sen jälkeisessä ajassa on äidin ollut varmasti hyvin vaikea olla iloinen ja tuoda vauvalleen positiivisia tunteita oman persoonansa kautta. Olisiko Eliaksen isättömyys vaikuttanut Eliakseen välillisesti, äidin tuen ja onnen puuttuessa? Eliaksen kertomuksessa meitä häiritsi suuresti kirjoittajan johdattelun jälki tekstissä Eliaksen ensiksi todetessa ettei tauti ole perinnöllistä, mutta alkaessaan sitten etsimällä etsimään ihmisiä, joilta tauti voisi olla peräisin.

Toisen vanhemman puuttuminen voi heijastua lapseen esimerkiksi yksin jääneen vanhemman rajallisena kykynä tuottaa lapselle/lapsilleen sekä fyysiset tarpeet täyttävää hoitoa että vastata heidän tunnepuolen vaatimuksiinsa. Emme aio väittää isän puuttumisen aiheuttaneen yksinään Eliaksen sairastumisen häiriöön, mutta haluamme tuoda julki ne mahdolliset tekijät, jotka häiriön syntyyn ovat osaltaan voineet olla syynä. Tähkä kirjoittaa poikalapsen varhaisesta identifioitumisesta isään pojan idealisoimalla isäänsä esikuvakseen. Tähkän mukaan poika samaistuu isän ominaisuuksiin, joka osaltaan vaikuttaa pojan yksilöllisen identiteetin muodostumiseen antamalla sille sisältöä.⁴⁶ Eliaksen isän puuttuessa mietimme, olisiko Eliaksen kuvaama äidin veli voinut olla tämä ”miehen malli” Eliaksen varhaiskehityksessä, ja jos näin on, on olemassa myös mahdollisuus alkoholisoituneeseen setään samaistumisen olleen yksi, jopa merkittävä tekijä Eliaksen sairastumisessa. Elias ei kerro tarinassaan äitinsä ja isoäitinsä kasvatuksellisesta otteesta eikä siitä, kokiko hän isän poissaoloa ahdistavana.

Malla totesi heti alkuun äitinsä olleen maanis-depressiivinen. Sitä, oliko häiriö diagnosoitu ei kerrottu. Aiemmassa analyysissämme tulimme siihen johtopäätökseen, että Malla oli

⁴⁶ Tähkä, V. (1993). Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen. Helsinki: WSOY.

luonut lapsuudessaan kokemuksia itsestään arvottomana vanhempien ollessaan väkivaltaisia toisiaan kohtaan, vaikka Mallan äiti odotti Mallaa. Tämän arvottomuuden tunteen heijastamme suoraan Tähkän kirjoituksissa esiintyvään tärkeän objektin menettämiseen, sillä hylätyksi tulemisen tunteita kokeva lapsi menettää mielestämme tärkeän objektin, hylkääjän. Tähkä toteaa tällaisten kokemusten aiheuttavan muun muassa somaattisia ja psykosomaattisia sairauksia, mielialahäiriötä ja niin edelleen.

Ensimmäinen merkittäväksi kokemamme virke oli se, jossa Malla toteaa vanhempiensa hakanneen toisiaan, vaikka hänen äitinsä oli raskaana. Mistä Malla on saanut tietoonsa tämän hakkaamisen tapahtuneen? Kuka tahansa Mallalle on tämän kertonutkin, on se varmasti järkyttänyt hänen kokemustaan itsestään. Jo tieto siitä, että omat vanhemmat, jotka lapsi haluaa nähdä hyvinä ja luotettavina objekteina, ovat olleet pahoja ja väkivaltaisia toisiaan kohtaan, on suuri rasite lapsen mentaalisisessä kokemusmaailmassa. Kun tähän vielä lisätään tieto siitä, että lapsi on itse ollut vahingonteon kohteena (tai ainakin välillisesti kokee joutuneensa vaaraan), voivat lapsen ajatukset suuntautua siten, että hän uskoo isän äitiä hakkaamalla halunneen vahingoittaa häntä tai ainakin tämän olleen välinpitämätön sen suhteen, mitä Mallalle äidin mahassa sattuu. Tällainen tieto on omiaan luomaan yksilölle mielikuvan omasta itsestä arvottomana.

Kuten Irmelin kohdalla luvussa 4 totesimme, on hyvin mielenkiintoista, että hän toteaa saaneensa apua psykoterapiasta. Kaiken lisäksi hän painottaa, että vuosien työ on ainoa reitti pois sairauden vallasta. Irmelin analyysi jäi lyhyeen lapsuuskokemusten puuttumisen takia, mutta kuten jo aiemmin olemme todenneet, psykoanalyysistä hyötyminen kertoo vahvaa totuutta häiriön psyykkisestä luonteesta.

Ullan kokemukset lapsuudestaan ovat huomattavan samankaltaisia ensimmäisenä esitellyn Maijan kokemusten kanssa. He molemmat kokivat arvottomuuden ja riittämättömyyden tunteita, eikä virheitä siedetty. Ullan analyysissä painotimme hänen kokemuksiaan itsestään ongelmien aiheuttajana, joka on ollut lapsen mielelle varmasti liian iso pala purtavaksi. Tämä negatiivisen tunnelatauksen epäonnistunut käsittely on varmasti liian iso

stressi lapsen mielelle, ja näin maaperä psyykkisen häiriön myöhemmälle ilmaantumiselle on luotu.

Ullan tarinassa on mielestämme hyvinkin mielenkiintoista hänen ensimmäinen huomionsa ” sairauteni on ilmeisesti perinnöllistä”, jota seuraa hyvin selkeä kuvaus lapsuuden henkisestä heitteelle jätöstä ja syylistämisestä. Mieleemme juolahtaa kysymys siitä, onkohan perinnöllisyyden mahdollisuuden huomannut Ulla itse vai puhuuko Ullan suulla kyseisessä lauseessa lääkäri tai terapeutti, joka näkisi ongelman mielellään biologisena ja näin ollen helpommin käsiteltävänä? On olemassa myös mahdollisuus, että Ulla itse ei halua nähdä vanhempiensa käytöstä syynä sairauteensa, ja siksi uskoo mieluummin häiriön olevan periytyvä. ”Äidin vanhemmat kuolivat jo ennen kuin minulla tehtiin diagnoosia. Isänisä kutsui minua elätiksi mutta isoäidiltä en ole kuullut mitään ihmeellistä. Heillä on kodissaan kummalliset säännöt, joiden mukaan pojat ovat paljon parempia kuin tytöt, joten olen jäänyt veljieni varjoon.”⁴⁷

Kauko joutui kokemaan vanhempiensa menetyksen vasta aikuisiässä. Kaukon tarina ei sinällään tue teoriaamme bipolaarihäiriön luonteesta psyykkisenä sairautena, jota aiheuttavat psyykkiset kokemukset, mutta tämä johtuu lähinnä siitä, ettei kirjoittaja taikka Kauko avaa kertomuksessaan menneisyyttä, lapsuutta ja kokemuksia sieltä. Näin ollen Kaukon itse uskoessa sairauden olevan perinnöllistä voimme olettaa hänen tukeutuvan tähän selitykseen mieluummin kuin siihen, että hänen tulisi alkaa pohtimaan lapsuuttaan ja mahdollisia vaikeita kokemuksia sieltä. Kauko tuntuu haluavan selittää sairautensa ulkoisilla tekijöillä. Tämän uskomme johtuvan siitä, että ulkoiset syyt on helpompi hyväksyä oman mielenterveyden häiriön syntymiseen vaikuttavina kuin se, että häiriö johtuisi Kaukon mentaalisten kokemusten vaikutuksesta.

Annen analyysissä päädyimme lopputulokseen, jonka mukaan hän olisi mahdollisesti jäänyt vaille turvallista kiintymyssuhdetta ja rakkautta äidin joutuessa yksin hoitamaan

⁴⁷ Vähäkylä, L. (2004). Mieli keinussa. Helsinki: Kirjapaja (s.74-76).

seitsemää lasta isän juopotellessa. Maijan ja Ullan tapausten mukaisesti tämä tilanne on luultavasti luonut yksinäisyyden ja arvottomuuden tunteita (miksi minä en saa hellyyttä ja huomiota vanhemmiltani kuin muut?) sekä hylätyksi tulemisen tunnetta, jota vertaamme Tähkän objektinmenetykseen.

Psykiatria-teos kuvaa skitsofreniaa ”ryhmänä häiriöitä, joille ovat luonteenomaisia perustavanlaatuiset ajattelun ja havaitsemisen vääristymät sekä tunteiden asiaankuulumattomuus tai latistuminen... DSM-IV:n mukaan välttämätön ehto skitsofreniadiagnoosille on, että viidestä mahdollisesta häiriölle tyypillisestä oireesta⁴⁸ vähintään kaksi oiretta on esiintynyt merkittävässä määrin kuukauden jakson aikana.”⁴⁹ Samaisessa teoksessa todetaan myös, että skitsofrenian diagnoosia annetaan vain erittäin selkeiden merkkien täytyessä, jotta välttyttäisiin leimaamasta jostain, mahdollisesti helpommin käsiteltävästä häiriöstä kärsivää potilasta skitsofrenian nimikkeellä. Näiden tietojen valossa meidän on vaikea kuvitella Annen isän sairastaneen diagnosoitua skitsofreniaa hänen kärsiessään oireista vain alkoholin vaikutuksen alaisena. Huomaamme Annen kohdalla ajattelevamme lasten määrää hänen perheessään suhteutettuna siihen, että isällä oli todennäköisesti alkoholiongelma ja kaiken lisäksi hän käyttäytyi ”hullusti” juodessaan. Anne ei kerro äidistään mitään, mutta hänellä on mitä luultavimmin ollut iso työ hoitaa yksin seitsemää lasta miehen juopotellessa ja käyttäytyessä arvaamattomasti. Tämä päätelmä johtaa taasen ajatukseen siitä, onko Anne voinut saada lapsuudessaan tarvitsemansa huomion ja hellyyden äidin yrittäessä jakaa kaikille seitsemälle lapselleen ensisijaisesti heidän fyysiset tarpeensa täyttävää hoitoa, ja kaiken lisäksi lapset tarvitsisivat myös kokemuksia heitä kohtaan osoitetusta rakkaudesta ja välittämisestä. Anne toteaa olleensa masentunut lapsesta saakka, ja lisäksi kokeneensa huonommuuden tunnetta. Lapset ovat tunnetusti hyvinkin herkkiä tunnistamaan vanhempiansa mielialoja ja tulkitsemaan surun ja vihan omaksi syykseen. Me emme tiedä, onko Annen lapsuudessa

⁴⁸ Näitä tyyppioireita ovat harhaluulot, aistiharhat, hajanainen puhe, pahasti hajanainen tai katatoninen käytös sekä negatiiviset oireet.

⁴⁹ Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. (2001). Skitsofrenia. Teoksessa *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim (s.58-59).

ollut joku tietty kokemus, joka huonommuuden tunteen on hänessä synnyttänyt. Mahdollista on myös, ettei Anne itsekään tiedosta tätä tapahtumaa, vaikka jokin tietty mentaalinen kokemus olisikin ollut kyseisen tunteen aiheuttaja.

Myös Irene oli joutunut lapsesta asti ajattelemaan, että hänen on pärjättävä yksin ja itsenäisesti. Tämän tunteen hän uskoi itse johtuneen siitä, että sisarukset olivat vaatineet enemmän huomiota kuin hän itse. Pidämme Irenen tapausta tulkinnallisesti samankaltaisena Maijan, Ullan ja Annen tapausten kanssa, ja uskomme, että Irenen tuntemukset ovat voineet omalta osaltaan johtaa mielialahäiriön syntymiseen.

Lapsi ei välttämättä ymmärrä, miksi yksi sisaruksista (tai kaikki muut sisarukset) saa enemmän huomiota vanhemmilta kuin tämä itse. Vähäinen huomiointi vanhempien taholta voi johtaa lapsen kokemukseen itsestään arvottomana ja huonompana kuin muut, sillä hän ei koe ansainneensa samaa määrää hoivaa kuin sisaruksensa. Myös Irenen kohdalla lapsuus on jätetty suhteellisen vähäiselle käsittelylle, joten emme saa kovinkaan kattavaa kuvaa siitä, millaiset kokemukset Irenen mentaalista maailmaa ovat voineet olla muokkaamassa.

Timon analyysissä mielemme kiinnittyi kysymykseen hänen haluttomuudestaan analysoida itseään ja lapsuuttaan. Voidaanko tämän haluttomuuden perusteella päätellä, että lapsuudessa olisi jokin/joitakin häiriön syntyä edesauttavia kokemuksia? Timo sanoi olevansa herkkä psyykkisille ongelmille, mikä mielestämme, jos ei tue väitettämme bipolaarihäiriöstä psyykkisenä sairautena, niin ainakaan ei kaada teoriaa. Timon todetessa, ettei hän ole paljoakaan analysoinut itseään, tulee mieleemme ajatus siitä, onko tälle analysoimatta jättämiselle jokin suurempi syy Timolle. Joskus jotkin mentaaliset kokemukset saattavat olla liian raskaita yksilölle käsitellä, ja tällöin hän voi puolustusmekanisminaan torjua kyseisen tapahtuman tietoisesta osasta mielensä rakennetta. Kuitenkin kyseinen torjuttu kokemus jää osaksi yksilön mieltä tiedostamattomana, ja sitä kautta se voi aiheuttaa psyykkisiä oireita, ellei kokemusta saada nostettua yksilön tietoisuuteen sen käsittelyä varten.

Hilkan tarina oli täynnä isoja, psyykkisesti raskaita kokemuksia, jotka hän oli kokenut hyvin nuorena iässä. Uskomme Hilkan kertomuksen tukevan tässä työssä esittämiämme väittämiä. Hilka on joutunut kokemaan sodan, pommitukset, omasta kodista pakenemisen aiheuttamaa turvattomuuden tunnetta, epätietoutta äidin ja isän sekä sisarusten ja oman itsensäkin selviämisestä pommitusten aikana. Kaiken tämän lisäksi hän on joutunut kohtaamaan myöhemmällä iällä sisarensa itsemurhan sekä oman avioliittonsa kariutumisen. Yksikin näistä kokemuksista voisi riittää aiheuttamaan mielialahäiriötä, mutta Hilkan kohdalle traumaattisia tapauksia on sattunut useampi. Hilka itse uskoo sairastumisensa johtuneen liiasta vastuunkantamisesta nuorella iällä, sekä Ruotsin matkan aiheuttamasta epätietoisuudesta. Emme väitä, etteivätkö nämä tekijät olisi olleet merkittäviä asioita Hilkan mentaalisen kokemusmaailman muodostumisessa, mutta uskomme, että lapsuudessa koettu pelko ja maailman pahuuden kokeminen ovat olleet suuria syitä häiriön muodostumisessa.

Tiinan taustalla oli myös avioero, ja hän oli lisäksi joutunut kokemaan isänsä kuoleman vain 16-vuotiaana. Tiinan bipolaarhäiriön syitä tulkitsimme hänen vanhempiansa avioeron sekä tärkeän objektin menettämisen kautta.

Tiinan puheesta kuuluu selvästi vankka usko siihen, että kaksisuuntainen mielialahäiriö on perimästä lähtöisin, ainoa epäselvä asia onkin, kumman vanhemman puolelta. Tiina ei kerro lapsuudestaan muuta kuin, mitä olen seuraavaksi häntä lainannut. Kyseisessä kappaleessa Tiina kertoo vanhempiansa eronneen kun hän oli pieni, mutta väittää, ettei erolla ole merkitystä sairauden puhkeamiseen. Seuraavan kappaleen lopussa väitän itse vastakkaista apunani Mannerheimin lastensuojeluliiton julkaisu *Ero ja lapset*, jonka on kirjoittanut asiaa tutkinut professori Alvin L. Evans.

Usein kuulee puhuttavan siitä, kuinka pienet, alle parin vuoden ikäiset lapset eivät kärsi vanhempiansa erosta, koska ovat liian pieniä käsittämään mitään tapahtuneen. Alvin L. Evans toteaa kirjassaan *Ero ja lapset* seuraavasti: ”Lapsen haavoittuvuin vaihe on kolme ensimmäistä elinvuotta. Myös muina ajanjaksoina perheen hajoaminen on vaaraksi

lapselle. Niitä käsitellään toisaalla tässä kirjassa. Mikään vaihe ei kuitenkaan ole tärkeämpi kuin kolme ensimmäistä elinvuotta.”⁵⁰ Evans perustelee näkemystään sillä, että varhaisimpina vuosinaan lapsi on aivan avuton mitä tulee itsestään huolehtimiseen. Jos lapsi tässä vaiheessa kokee jäävänsä ilman huolenpitoa ja huomiota, voi sillä olla suuri merkitys lapsen psyyken muodostumiselle ja aikuisiän mielenterveydelle. Evans lisää: ” Jotta kasvava ihminen voisi elää täysipainoista elämää, on välttämätöntä, että hän varhaisina vuosinaan kokee ehdotonta rakkautta. Ensimmäisten elinvuosien pitää olla lämmön ja rikkaiden ihmissuhteiden aikaa. Näiden suotuisten ympäristötekijöiden häiritseminen jännitteillä, ristiriidoilla ja mahdollisella suojaavan ympäristön tuhoamisella merkitsee lapselle vakavan vaurioitumisen uhkaa. Lapsen kolmen ensimmäisen elinvuoden pitäisi mikäli suinkin mahdollista olla vakaita ja johdonmukaisia.”⁵¹ Minut on raiskattu useaan kertaan. Niistä vuosista muistan hirveän vähän. Tilaani käytettiin hyväksi ja minulle juotettiin liikaa viinaa. Aamulla heräsin ja huomasin, että minulla ei ole vaatteita päällä. Ei minua minnekään metsään viety vaan nämä tapahtuivat jonkun kotona. Yhden kerran tuntematon teki sen festivaaleilla. Telтта oli tyhjä kun heräsin. Toinen oli tutun tuttu. Vaadin tältä tyypiltä taksirahat, jotta pääsisin kotiin. Hän maksoi ne.”⁵²

Jussin tarinasta kävi ilmi hänen vaikea ja turvaton suhteensa ahdasmieliseen äitiin. Tämänkin analyysin koemme tukevan väitteitämme bipolaarihäiriön psyykkisestä luonteesta. Tutustuessamme Lars-Johan Schalinin teokseen *Perheen ihmissuhteista* huomasimme liittävämmme Schalinin kuvauksen äidin ja poikalapsen suhteesta Jussin tarinaan. Schalin toteaa seuraavasti: ” Pikkulapsella ei luonnollisesti ole mitään käsitystä omasta arvostaan, siitä, onko hän rakas ja arvokas vanhemmilleen vai ei. Siksi vanhempien, ja eritoten äidin, olemuksen tulisi heijastaa rakastavaa, hyväksyvää ja ihailevaa tunnetta poikaan. Koska sanotaan että silmät ovat ”sielun peili”, lapsi vastaanottaa tämän tunteen äitinsä silmistä. Normaalioloissa jokainen terve äiti säteilee rakkautta ja ylpeyttä poikaansa katsoessaan, ja hyvin pienet vauvatkin oppivat jo erottamaan hymyilevät kasvot vihamielisistä. Mutta fyysisesti sairas tai yllirasittunut äiti,

⁵⁰ Evans, A. Mannerheimin Lastensuojeluliiton lapsiraportti A44 (s. 14).

⁵¹ Evans, A. Mannerheimin Lastensuojeluliiton lapsiraportti A44.

⁵² Vähäkylä, L. (2004). *Mieli keinussa*. Helsinki: Kirjapaja (s.137-153).

tai hyvin onneton tai masentunut äiti, ei jaksaa viestiä lapselleen riittämiin rakkautta ja arvostusta... Masentuneen äidin läsnäolo on jopa vahingoksi, koska äidit saattavat päiväkaudet askarrella lastensa kanssa ilman, että he pystyvät viestimään lapsilleen hyväksyvää ja ihailevaa rakkauttaan.”⁵³

Jussi oli saanut koko lapsuutensa kuulla olevansa jotenkin huonompi kuin muut, ja äiti jopa vei hänet lääkäriin, jotta ”vika” saataisiin korjattua. Tällainen kokemus siitä, että omassa itsessä on jotain vialla, voi olla omiaan muuttamaan lapsen käytöstä ja ajattelumaailmaa. Äidin itsensä aiheuttama syyllisyys kalvoi lasta, ja kun hän yritti näyttää tunteitaan, sai hän jälleen kuulla olevansa heikko ja huonohermoinen. Kuten on tullut tekstissämme jo aiemmin todettua, lapset ovat mestareita ottamaan syitä niskoilleen. Jussi on voinut tuntea olevansa syyllinen äidin mielialanvaihteluihin ja äidin syyllistäminen on vain vahvistanut Jussin kuvaa itsestään kaiken pahan aikaansaajana.

Viimeinen tarina oli Leenan kertomus sairaudestaan. Leena oli kokenut traumaattisia kokemuksia hyvin nuorena iässä hyvin paljon. Analyysimme luvussa 4 esittää näiden kokemusten mahdolliset seuraukset ja teoreettista taustaa. Tässä koonnissa todettakoon, että Leenan kertomus oli täynnä mielialahäiriötä mahdollisesti aiheuttavia ominaispiirteitä.

Aiemmin Tiinan (nro 12) tarinassa lainaamamme professori Evans kirjoittaa *Ero ja lapset* teoksessa vakavasti sairaan lapsen varhaisten ikävuosien merkityksestä myöhemmälle psyykkiselle hyvinvoinnille. Hänen mukaansa vakavasti sairaan lapsen tulisi saada kaikki mahdollinen tuki molemmilta vanhemmiltaan. Leenan isä oli hänen sairastaessaan armeijassa, joten äidin tuli selvitä Leenan hoitamisesta toisen lapsen vaatiessa myös oman osansa huomiosta. Näinpä Leena on saattanut joutua olemaan omien pelottavien ajatustensa kanssa yksin. Evans tuo esiin kirjassaan vaikeasti sairaiden lasten perheitä koskevia tutkimuksia, jotka ovat tuoneet ilmi lapsen sairauden rasittavan perheen sisäisiä suhteita hyvinkin rankasti. Tämän vuoksi sairas lapsi ei ole saanut tarvitsemaansa tukea

⁵³ Schalin, L-J. (1991). Perheen ihmissuhteista. Helsinki: Yliopistopaino.

aikana, jolloin hän eniten perhettään tarvitsisi. Leenan tapauksessa tuen vähäisyys ei ehkä johtunut vanhempien kiristyneistä väleistä, vaan isän fyysisen läsnäolon puutteesta, mutta yhtäkaikki Leena sai kokea sairastavansa yksin ilman perheensä tukea ja rakkautta. Evans toteaa tällaisen kokemuksen aiheuttavan lapselle syyllisyydentunteita, joita tämän on nuorena iässä hyvin vaikea käsitellä. Evans päättää vaikeasti sairaasta lapsesta kertovan lukunsa mielestäni omaa tutkimustani hyvin merkitsevästi sivuavilla sanoilla: ” Lapsen perheen koossapysyminen hänen oman henkilökohtaisen kriisinsä aikana saattaa olla elämän ja kuoleman kysymys. Se on aikaa, jolloin hänen maailmansa tulisi pysyä ehyenä.”

54

Tämän koonnin tarkoituksena oli tuoda esiin kaikkia Leena Vähäkylän teoksessa tarinansa kertoneita ihmisiä yhdistävä tekijä: he olivat kokeneet lapsuudessaan asioita, joita voitaisiin pitää syynä myöhemmin puhjenneeseen bipolaarihäiriöön. Toki myönnämme, kuten teimme jo työmme johdannossa, että tarinat voivat olla (ja olivatkin) vajaita jättäen aukkoja ,jotka jokainen omalla tulkinnallaan täyttää. Lisäksi tulee edelleen ottaa huomioon Vähäkylän oma asenne biolaarihäiriöön hänen uskoessaan kyseessä olevan somaattinen sairaus. Kuitenkin oman analyysimme toivomme herättävän lukijassa ajatuksia siitä, voisivatko bipolaarihäiriön taustalla olla jotain muuta kuin geeniperimä. Tämän vuoksi toimme esiin oman ehdotukseni häiriön olemassaololle.

⁵⁴ Evans, A. Mannerheimin Lastensuojeluliiton lapsiraportti A44 (s. 73).

4 HAASTATTELUTUTKIMUS

Tämän pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena on kertoa nykyaikainen käsitys bipolaarihäiriöstä ja sen luonteesta sekä antaa sille vaihtoehtoinen näkemys psykoanalyttisen viitekehyksen kautta. Pyrimme tähän mahdollisimman kattavasti tulkiten jo aiemmin kirjallisuudesta löytämiämme, bipolaarihäiriöstä kärsivien tutkimushenkilöiden elämänskulkua ja kokemushistoriaa elämäkerrallisen tutkimushaastattelun muodossa ja pohtia haastatteluaineiston perusteella, voiko bipolaarihäiriöstä kärsivien henkilöiden taustalla olla jotain traumaattista, mikä olisi voinut aiheuttaa heille kaksisuuntaisen mielialahäiriön. Olemme käyneet läpi aiemmin työssämme bipolaarihäiriön taustoja ja teoriaa sekä tulkinneet kirjallisuudesta löytyneitä elämänkertoja. Nyt on aika siirtyä työmme kolmanteen osioon, jossa haastattelimme itse kahta häiriöstä kärsivää ihmistä.

Aineiston keruussa käyttämämme tutkimusmenetelmä on haastattelututkimus. Siitä saatua tietoa voidaan käyttää hyväksi tutkimuksemme tuloksissa, kunhan tiedot on ensin tieteellisesti varmistettu ja tiivistetty.⁵⁵ Koimme tutkimushaastattelun sopivaksi valinnaksi tutkimuksemme tekemisessä, sillä haastattelun avulla pyrimme saamaan selville sekä haastateltavan näkyvää käyttäytymistä että hänen ajatuksiansa.⁵⁶

Aluksi tässä luvussa esittelemme tutkimushenkilöt ja kerromme aineiston hankinnasta. Seuraavaksi käymme läpi aineiston tulkitsemista, jota seuraa raportin pääosuuksien eli tutkimusaineiston tulokset. Lopuksi arvioimme vielä tutkimushenkilöiden elämänskulkua ja kokemuksia teoreettiselta pohjalta.

⁵⁵ Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2001). Tutkimushaastattelu –Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

⁵⁶ Järvinen, P. & Järvinen, A. (2000). Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinajan kirja.

4.1 Elämäkertatutkimus

Elämä ja sen merkillisyys on kiehtonut lukuisia eri tieteenalvoja. Elämäkertoja on koottu ja käytetty tutkimusaineistoina muun muassa sosiologiassa, antropologiassa, psykologiassa ja kirjallisuudentutkimuksessa.⁵⁷ Elämäkertojen suosio perustuu muun muassa sen tuomaan mahdollisuuteen päästä lähemmäs ihmistä ja hänen todellista elämäänsä. Tämä huomattiin jo kauan sitten.

Elämäkertoja ja elämänhistorioita on kirjoitettu jo antiikin ajoista lähtien. Näihin aikoihin kirjoitukset olivat kuitenkin enemmänkin valtiollisiin kuin henkilökohtaisiin asioihin keskittyviä ja niitä kirjoittivat vain oppineet ja virkamiehet. Varhaishistoriassa elämänhistoriat ja elämäkerrat olivat osa historiakirjoitusta ja sen tutkimusta. Aluksi elämäkertojen kohteena olivat historian niin sanotut suurmiehet, kuten Aleksanteri Suuri. Vasta 1970-luvulla tavallisetkin ihmiset pääsivät elämäkertojen aiheiksi ja kvalitatiivisen tutkimuksen noustessa kukoistukseen elämäkerrallisesta tutkimuksesta tuli paljon käytetty tutkimusmetodi.⁵⁸⁵⁹⁶⁰

Sittemmin myös pitkittäisaineistojen tarve tutkimuskentillä kasvoi ja tässä kuvaan astui elämäkertatutkimus. Tyypillisesti elämäkertoja käytettiin tapaustutkimuksissa tai

⁵⁷ Syrjälä, L. (2001). *Tarinat ja elämäkerrat tutkimuksessa*. Jyväskylä: PS-Kustannus.

⁵⁸ Roos, J.P. (1987). *Suomalainen elämä. Tutkimus tavallisten suomalaisten elämäkerrroista*. Hämeenlinna: SKS.

⁵⁹ Latomaa, T. (2010). *Psykologisen elämäkertatutkimuksen kurssin muistiinpanot*. Oulun yliopisto.

⁶⁰ Syrjälä, L. (2001). *Tarinat ja elämäkerrat tutkimuksessa*. Jyväskylä: PS-Kustannus.

pienien erityisryhmien tutkimuksissa.⁶¹ Yhtä lailla mekin hyödynnämme omassa tutkimuksessamme elämäkertatutkimusta pienellä otannalla tehtyyn tapaustutkimukseen.

Elämäkerrallisen tutkimuksen taustalla on näkemys elämästä ja identiteettien rakentumisesta erilaisina tarinoina. Vaikka eri tieteenaloilla on omat koulukunnittaiset lähestymistapansa, on niille kaikille kuitenkin yhteistä kiinnostus ihmisen yksilölliseen ja ainutlaatuihin tapaan kokea ja ajatella asioita sekä toimia.⁶²

Suomeen, sosiologian piiriin, elämäkertatutkimus rantautui Jeja-Pekka Roosin tuomana. 1980-luvulta lähtien alkoi syntyä empiiristä kehityspsykologista elämänkulututkimusta. Kehityspsykologiseen tutkimukseen elämänkulku -käsitteen toi Charlotte Bühler. Opettaja- ja opettajuustutkimukseen elämäkertatutkimus tuotiin puolestaan vasta 1990-luvulla.⁶³ Tänä päivänä esimerkiksi Oulun yliopistossa elämänkulku- ja elämäkertatutkimusta ovat tehneet muun muassa Leena Syrjälä ja Irma Moilanen.

Syrjälän mukaan kyseessä on elämäkertatutkimus kun tutkijan aineisto koostuu erilaisten ihmisten elämiä kokonaisvaltaisesti kuvaavista dokumenteista ja kun tutkija tarkastelee näissä dokumenteissa syvällisemmin yksittäisten ihmisten tai ihmisryhmien elämän luonnetta ja merkitystä.⁶⁴

Tämän tutkielman empiirinen osuus pohjautuu psykologiselle elämäkertatutkimukselle, jonka olemme suorittaneet tutkimuksellisen haastattelun ja tulkinnan muodossa. Elämäkertatutkimus perustuu ihmisen elämän ymmärtämiseen ja psykologinen

⁶¹ Roos, J.P. (1987). Suomalainen elämä. Tutkimus tavallisten suomalaisten elämäkertoista. Hämeenlinna: SKS.

⁶² Syrjälä, L. (2001). Tarinat ja elämäkerrat tutkimuksessa. Jyväskylä: PS-Kustannus.

⁶³ Latomaa, T. (2010). Psykologisen elämäkertatutkimuksen kurssin muistiinpanot. Oulun yliopisto.

⁶⁴ Syrjälä, L. (2001). Tarinat ja elämäkerrat tutkimuksessa. Jyväskylä: PS-Kustannus.

lähestymistapa siihen painottaa ”yksilön elinikäistä psyykkistä kehitystä, kehitystehtäviä ja niiden ratkaisuja (kokemushistoriaa, kasvua)”⁶⁵. Tähän mekin pyrimme aineistoa kerätessämme ja tuloksia analysoidessamme.

Koska psykologinen elämäkertatutkimus keskittyy yksilön kokemushistorian tutkimiseen, siinä seurataan yksilön kokemusten rakentumista tämän elämänsä elämisessä. Siksi psykologisen elämäkertatutkimuksen tutkimusasetelmana ovat elämänsä eläminen ja kokemushistoria.

Elämänsä elämistä kuvaavia käsitteitä ovat: elämänsä eläminen, ura, elämänsä polku, elämänsä kaari ja elämänsä rata. Kokemushistoriaa kuvaavia käsitteitä puolestaan ovat: elämänsä tarina, kokemus itsestä, persoonallisuus, elämänsä kerta ja itse (minä, minä, minä, identiteetti). Voidaan siis selkeästi erottaa yksilön elämänsä elämisestä sen ulkoinen puoli ja sisäinen puoli. Elämänsä eläminen vastaa kysymykseen ”Mitä tapahtui?” ja kuvaa yksilön elämänsä elämisvaiheita ja – tapahtumia. Kokemushistoria vastaa kysymykseen ”Miten koit sen?” ja kuvaa yksilön minän rakentumista elämänsä elämisessä.

Psykologisessa elämäkertatutkimuksessa erotetaan toisistaan elämänsä elämisestä ja kokemushistorian lisäksi myös eletty eli tapahtunut elämä ja koettu eli tulkittu elämä.

Tutkimuksemme koostuu sekä tutkittavan elämänsä elämisestä että hänen elämänsä elämisestään. Nämä kaksi käsitettä on psykologisessa elämäkertatutkimuksessa erotettava toisistaan, sillä elämänsä kerta on ”muistettu ja sensuroituna kerrottu kuvaus elämisestä ja koetusta elämästä ja elämänsä elämisestä”, kun taas elämänsä tarina on ”tutkittavan kertoman tai kirjoittaman elämänsä elämisestä taustalle oletettu tarina, jonka tutkija rekonstruoi.”⁶⁶ Tämä tarkoittaa sitä, että tutkittavan kerrottu elämänsä kerta muodostaa elämäkertatutkimuksessa käytettävän

⁶⁵ Latomaa, T. (2010). Psykologisen elämäkertatutkimuksen kurssin muistiinpanot. Oulun yliopisto.

⁶⁶ Latomaa, T. (2010). Psykologisen elämäkertatutkimuksen kurssin muistiinpanot. Oulun yliopisto.

tutkimusaineiston, josta tutkija rekonstruoi oman tulkintansa mukaisen, tutkittavan ”oikean” elämän.

Psykologisessa elämäkertatutkimuksessa voidaan käyttää aineistona avoimia ja teemahaastatteluja, dokumentteja, kirjallisia omaelämäkertoja tai muistelmia. Tässä tutkimuksessa aineistona toimivat tutkittaville suoritettut haastattelut.

Tieteenperinteenä psykologisessa elämäkertatutkimuksessa käytetään ymmärtävää psykologiaa ja menetelmänä jo aiemmin mainittua tulkintaa eli psykologista ymmärtämistä. Elämäkertatutkimuksessa esiin nousevia, olennaisia käsitteitä ovat kehitysvaiheet, elämänvaiheet ja siirtymät sekä elämänalueet. Tutkittavan elämäkerrasta voi havaita tiettyjä psyykkisiä kehitysvaiheita, jotka ilmenevät jonkinlaisena muutoksena yksilön elämänsä aikana tai kokemuksessa. Elämänvaiheilla ja siirtymillä tarkoitetaan lapsuuden, kouluiän, nuoruuden, aikuisuuteen siirtymisen, varhais-, keski- ja myöhäisikuisuuden sekä vanhuuden ajanjaksoja. Elämäkertatutkimuksia tehdessä voi havaita tutkimushenkilöillä olevan tai olleen hyvinkin erilaisia elämänalueita elämänsä aikana ja niiden painotukset voivat vaihdella hyvinkin paljon henkilöstä ja elämänvaiheista riippuen. Elämänalueita ovat muun muassa itse, vanhemmat, sisarukset, vanhemmuus, sosiaaliset suhteet, ruumiillisuus, koulunkäynti, opiskelu, työelämä, vapaa-aika, maailmankuva ja työelämä sekä arvomaailma ja lapset.

4.2 Tutkimusongelmat

Pro gradu – tutkielmamme tutkimuskysymykset ovat:

1. Onko haastateltavan elämässä, etenkin lapsuudessa, tapahtunut jotain sellaista, joka olisi voinut traumatisoida haastateltavaa jollain tasolla? Jos, niin:

2. Ovatko nämä traumat voineet vaikuttaa haastateltavan bipolaarihäiriön syntymiseen?

Aiemmin esitellyt kertomukset bipolaarihäiriöstä kärsivien ihmisten elämästä ovat toimineet motivoineet meitä selvittämään aiheesta lisää. Tarinoita analysoidessamme meille muotoutui kaksi selkeää kysymystä, joihin halusimme löytää vastauksia.

Tutkimuskysymykset perustuvat psykoanalyttiselle näkökulmalle siitä, mitä ihmiselle voi tapahtua lapsuudessa tai nuoruudessa koetun traumaattisen tapahtuman seurauksena.

Tutkimuskysymystemme luonteen vuoksi päätimme toteuttaa tutkimuksen kvalitatiivisen elämäkertatutkimuksen menetelmin. Päädyimme valitsemaan tämän tutkimusotteen, koska koimme, että sen avulla pääsemme parhaaseen mahdolliseen ymmärrykseen bipolaarihäiriötä sairastavien kokemuksista ja näkemyksistä omasta elämästään ja mielialahäiriöstään osana sitä.

Valittuamme tutkimusotteeksi elämäkertatutkimuksen, oli itsestään selvää, että toteutamme aineiston keruun tutkimushaastattelujen muodossa.

4.3 Tutkimushenkilöt, aineistonhankinta ja tutkimusmenetelmät

Kriteerinä tutkimushenkilöiden valinnalle oli diagnosoitu bipolaarihäiriö. Löysimme kriteerit täyttävät tutkimushenkilöt yhteistyössä Oulun *Hyvän Mielen Talon* kanssa. Saimme tietoomme, että heillä pyörii bipolaarihäiriöisten oma tukiryhmä ja saimme ryhmän vetäjän luvalla käydä yhdessä tällaisessa tapaamisessa kertomassa tutkimuksestamme.

Paikan päällä *Hyvän Mielen Talolla* kerroimme pro gradu –tutkielmastamme, kiinnostuksestamme kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, tutkimustavastamme eli elämäkertatutkimuksesta sekä toiveestamme saada joku tai jotkut tukiryhmän jäsenistä osallistumaan tutkimukseemme. Kaksi miestä ilmoittautui heti puheenvuoromme jälkeen vapaaehtoisiksi ja vaihdoimme heidän kanssaan yhteystietoja.

Muutaman viikon päästä varmistimme sähköpostitse heidän halukkuutensa osallistua tutkimukseemme. Lisäksi pyysimme heiltä asianmukaiset suostumukset heidän haastatteluaineistonsa käyttämiseen tutkimuksessamme. Suostumukset haastattelun tekemiseen saatiin joko sähköpostitse (Pekka) tai suullisella suostumuksella (Kalle). Näiden vaiheiden jälkeen pääsimme aloittamaan elämäkertahaastattelut.

Tutkimushenkilöiksi valikoitui siis 2 keski-ikäistä mieshenkilöä, joiden nimet on tutkimuksessa yksityisyyden suojaamiseksi muutettu ”Pekaksi” ja ”Kalleksi”. Tutkimushenkilöistä Pekka oli aiemmin ollut samankaltaisessa elämäkerrallisessa haastattelussa. Kallella puolestaan ei ollut aiempaa kokemusta minkäänlaisista haastattelututkimuksista. Henkilöt käyttäytyivät tutkimushaastatteluiden aikana asiallisesti ja vastasivat kaikkiin kysymyksiin.

Tutkimusmenetelmät ovat aineiston hankintaan ja analyysiin liittyviä tekniikoita, joilla kerätään aineistoa empiiriseen tutkimukseen. Valittaessa tutkimukselle sopivaa tutkimusmenetelmää, tulee muistaa, että ratkaisujen pitäisi seurata tutkimusongelmasta. On siis valittava ne aineistot, jotka tuottavat merkittävimmin tietoa tutkimuskohteesta ja ne tutkimustekniikat, joilla aineiston tietoa voi parhaiten hyödyntää.

Kvalitatiivisiin eli laadullisiin aineistonkeruumenetelmiin kuuluvat haastattelut ja havainnoinnit, joita molempia on pro gradu -tutkielmassamme hyödynnetty. Haastattelun avulla voidaan selvittää tutkittavien ajatuksia ja kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä joko strukturoidulla, puolistrukturoidulla, teema- tai syvähaastattelulla.⁶⁷ Se on yksi laadullisen tutkimuksen yleisin aineistonkeruutapa.

Eskolan (1975) mukaan haastattelu on henkilökohtaista haastattelua, jossa haastattelija esittää kysymykset suullisesti ja merkitsee haastateltavan vastaukset ylös. Yleensä haastateltava vastaa suullisesti. Haastattelun etuna voidaan pitää sen joustavuutta; haastattelijalla on mahdollisuus tarvittaessa selventää tai toistaa kysymyksiä, korjata väärinkäsityksiä ja käydä keskustelua haastateltavan kanssa.⁶⁸

Haastattelussa on tärkeintä saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta asiasta. Haastattelija voikin esittää kysymyksensä siinä järjestyksessä kuin itse haluaa ja mahdollisesti vielä haastattelutilanteessa muuttaa, vaihtaa tai lisätä kysymyksiä. Haastattelijan on mahdollista toimia haastattelutilanteessa myös havainnoitsijana. Hän voi kirjoittaa muistiinpanoja siitä, *miten* haastateltava puhuu, vastaa tai elehtii.⁶⁹

⁶⁷ Pitkäranta, A. 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle. Satakunnan AMK.

⁶⁸ Pitkäranta, A. 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle. Satakunnan AMK.

⁶⁹ Pitkäranta, A. 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle. Satakunnan AMK.

Teemahaastattelu, jonka me toteutimme, pohjautui etukäteen valitsemiimme teemoihin ja niitä tarkentaviin kysymyksiin. Teemahaastattelu korostaa ihmisten tulkintoja asioista, heidän antamiaan merkityksiä eri asioille sekä sitä, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa.⁷⁰

Aineiston hankinta tapahtui tutkimushaastattelun muodossa, jonka toteutimme yhdessä. Ensimmäinen haastattelu (Pekka) toteutettiin Oulun *Hyvän Mielen Talon* ohjaushuoneessa. Mukana haastattelussa oli nauhoitukseen tarvittava tietokone ja siinä oleva nauhoitusohjelma. Ensimmäisen haastattelun aikana saimme koottua riittävän kattavan aineiston, eikä jatkohaastattelua tarvinnut täten toteuttaa. Pekan haastattelu kesti noin kaksi tuntia.

Toinen haastattelu (Kalle) toteutettiin hänen sen hetkisen työmatkansa vuoksi tietokoneen Skype-puheluohjelman avulla. Haastattelu tapahtui meidän tutkijoiden osalta Marisan kotona ja apuna haastattelussa oli tietokone, kaiuttimet ja Skype-ohjelma. Myös Kallen kohdalla saimme ensimmäisen haastattelun aikana riittävän aineiston koottua, eikä jatkohaastattelua tarvinnut toteuttaa. Kallen haastattelu kesti noin puolitoista tuntia.

Sekä Pekan että Kallen haastattelun jälkeen meillä heräsi muutamia lisäkysymyksiä heidän elämäkertansa koskien. Selvitimme tarvittavat lisätiedot tutkittavilta sähköpostitse.

Haastattelua varten tehty kysymysrunko toimi ohjenuorana tutkimushaastattelutilanteessa. Haastattelutilanteessa pyrimme etenemään kronologisesti lapsuudesta nuoruuteen ja siitä varhaisaikuisuuteen ja lopuksi aikuisuuteen. Ensimmäiset ikäkausien kysymykset liittyivät aina yleisesti kuhunkin aikakauteen ja siitä ne syvenivät ja yksityiskohtaistuivat eteenpäin mentäessä. Kysymysrunko koostui perheestä, koulunkäynnistä ja opiskelusta, ystävistä, elin- ja kasvuympäristöstä, harrastuksista, siirtymistä nuoruuteen ja varhaisaikuisuuteen,

⁷⁰ Pitkäranta, A. 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle. Satakunnan AMK.

seurustelusta, ammatinvalinnoista, perheestä, hyvistä ja huonoista muistoista ja arvomaailmasta. Valitsemamme aihepiirit ja spesifit kysymykset pohjautuvat elämäkertatutkimukselle ja siinä määritetyille elämänkululle ja kokemushistorialle. Laadimme kysymykset siten, että ne koskivat joko pelkkiä tapahtumia itsessään tai sitä, miten kyseiset tapahtumat on koettu. Psykoanalyttinen viitekehys näkyi kysymysrungon muodostamisessa siten, että painopisteessä olivat lapsuuden ja nuoruuden tapahtumat ja kokemukset ja niin, että mahdolliset traumaattiset kokemukset tulisivat ilmi.

Lapsuus oli haastattelun ensimmäinen vaihe ja sen kysymysrunko eteni varhaisista muistikuvista perhesuhteisiin, hyvistä muistoista huonoihin muistoihin, elin- ja kasvuympäristöön ja siitä tutkittavan persoonallisuuteen, koulunkäyntiin, terveydentilaan ja ystävyys-suhteisiin. Nuoruuden kysymysrunko alkoi siirtymävaiheen käsittelyllä ja jatkui ystävyys- ja parisuhteisiin, terveydentilaan, opiskeluun ja perhesuhteisiin päättyen uraa ja ammatinvalintaa koskeviin kysymyksiin. Varhaisaikuisuutta haastattelu käsitteli tutkittavan elämässä tapahtuneita henkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia muutoksia pohtivilla kysymyksillä sekä etenkin terveydentilassa, opiskelussa ja ammatinvalinnassa sekä parisuhteessa tapahtuneilla kysymyksillä. Aikuisuutta kävimme läpi jo enemmän bipolaarihäiriöön ja sen syntyyn ja diagnoosiin liittyvillä kysymyksillä, perhettä ja uraa koskevilla kysymyksillä ja yleistä ajatusmaailmaa ja bipolaarihäiriön vaikutusta elämään viittaavilla kysymyksillä. Viimeinen osio haastattelussa oli lopetus, jossa kysymysten pääpaino oli tähänastisen elämän tiivistämisessä ja tulevaisuuden näkemisessä. Tässä kohden tutkimushenkilöt kertoivat tiivistetysti sen, kuinka bipolaarihäiriö on heidän elämäänsä vaikuttanut ja mistä he ajattelevat siinä olevan kysymys, mitä bipolaarihäiriö heidän mielestään on.

4.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysin tehtävänä on tulkita kirjoitettua aineistoa systemaattisesti. Tässä pro gradu –tutkielmassa kirjoitetulla aineistolla tarkoitetaan litteroituja haastatteluja. Pohjaamme aineiston analyysin etenemisen Latomaan käyttämään psykoanalyttiseen lukutapaan:

”- Aineiston osalta tehdään rajausta, jossa ensin arvioidaan, mitkä osat koko aineistosta ovat valitun näkökulman, tutkimustehtävän ja mahdollisten teemojen kannalta relevanttia tutkimusaineistoa. Tämä arviointi tapahtuu siitä näkökulmasta, mikä koko aineistossa on psykologisesti merkityksellistä ja psykologiselle ymmärtämiselle avautuvaa⁷¹.”

Tutkimusaineistoamme analysoidessa luemme siis aineiston tekstiä valitsemamme psykodynaamisen teoreettisen lähestymistavan ja näkökulman valossa. Samalla teemme aineistosta kysymyksiä, joihin pyrimme myös vastamaan, teemme aineistosta tulkintoja ja rekonstruktioita ja pyrimme perustelemaan päätelmiämme aineistoon ja teoreettisiin näkemyksiin viitaten.⁷²

Tapamme tulkita ja analysoida tutkimusaineistoamme perustuu psykoanalyttiselle viitekehykselle. Pyrimme siis elämäkerrallisen tutkimuksen puitteissa käsittelemään aineistoa alkaen aineiston litteroinnista ja päättäen sen kokonaiskuvien muodostamiseen. Elämäkerrallisen tutkimusanalyysin sisällä käytämme kuitenkin ohjenuorana psykoanalyttistä näkemystä tutkittavien mahdollisista lapsuuden tai nuoruuden traumaista, jotka olisivat osaltaan voineet vaikuttaa bipolaarihäiriön syntymiseen.

⁷¹ Latomaa, T. (2000). Psykologinen ymmärtäminen; Psykodynaamisen metapsykologisen ja näyttämöllisen ymmärtämisen perusteet. Oulun yliopisto.

⁷² Latomaa, T. (2000). Psykologinen ymmärtäminen; Psykodynaamisen metapsykologisen ja näyttämöllisen ymmärtämisen perusteet. Oulun yliopisto.

Aineiston analyysi alkoi siis elämäkerrallisen tutkimuksen mukaisesti aineiston litteroinnilla ja jatkui merkityssuhteiden etsimiseen litteroidusta aineistosta. Aineiston litterointiin olimme molemmat perehtyneet jo ennen pro gradu –tutkielman tekoa, joten se sujui melko vaivattomasti. Toisessa (Pekan) haastattelussa oli paikoin epäselviä kohtia, joissa tutkittava puhuu todella hiljaisesti ja liian kaukana mikrofonista. Tällaisten kohtien litteroimisessa kohtasimme haasteita.

Aineiston litteroinnin jälkeen jatkoimme edelleen elämäkertatutkimuksen mukaista aineiston työstämistä, eli aloitimme aineiston tulkitsemisen ja merkityssuhteiden etsimisen. Merkittävänä kohtina haastatteluaineistoissa pidimme sellaisia, jotka viittasivat käyttämäämme psykoanalyttiseen viitekehykseen, eli johonkin (mahdollisesti) traumaa aiheuttavaan asiaan tai muuhun sellaiseen asiaan, joka olisi voinut vaikuttaa tutkimushenkilön lapsuuden tai nuoruuden aikaiseen normaaliin sosiaaliseen, psyykkiseen tai fyysiseen kehitykseen.

Aineistoista johdettujen elämäkerrallisten kokonaiskuvien perusteella päätimme analyysien perustuvan tutkimushenkilöiden varsin normaalisti etenevään lapsuuteen ja nuoruuteen, joita siivittävät terveydelliset (fyysiset) ongelmat, vaikeus ja toisaalta myös menestys opiskeluissa ja työelämässä, vaihtuvat työpaikat ja ammatit, hypomaaniset ja depressiiviset kaudet sekä perheolojen vaihtelut (muun muassa avioero ja omat lapset) – aina aikuisuuteen saakka.

Ensimmäisen analyysin teimme tutkimushenkilöstä Pekka ja toisen tulkinnan tutkimushenkilöstä Kalle.

4.4.1 Pekka

Ensimmäinen haastateltavana toiminut henkilömme on 45-vuotias Pekka, joka sai bipolaari-diagnoosin noin vuosi sitten.

Pekan lapsuuden perheeseen kuuluivat äiti, isä ja kolme isoveljeä. Suuren osan lapsuudestaan tutkittava kuitenkin asui ainoana lapsena kotona, koska isommat veljet olivat tutkittavaa paljon vanhempia. Tutkittava kertoo lapsuutensa olleen suhteellisen normaali, turvallinen ja salliva. Hän kertoo vanhempiensa olleen paljon töissä ja pitkiä päiviä pois kotoa. Pekka kertoo saaneensa lapsena paljon sellaisia asioita, vapauksia ja tavaroita, joita vanhemmat sisarukset eivät pienenä saaneet.

Bipolaarihäiriöstä kärsiviä haastatellessa on otettava huomioon että saadessaan diagnoosin heille kerrotaan vakuuttavalta taholta (useimmiten diagnoosin tehnyt lääkäri) että heidän sairautensa on perinnöllinen ja biologiaan pohjautuva. Näin ollen luodaan myös käsitys siitä että psyykkisillä kokemuksilla ei ole mitään tekemistä sen kanssa että juuri he ovat tähän sairauteen sairastuneet. Tämän voimme olettaa vaikuttavan paljonkin siihen, kuinka haastateltavat oman sairautensa näkevät. Usein se, että vuosien oireilulle saadaan nimi ja käytökselle syy on helpottavaa häiriöstä kärsivälle. Vielä helpompaa sairautta on käsitellä kun oireita aletaan hoitaa kuten mitä tahansa muutakin sairautta, nimittäin lääkityksellä. Tämä on mielestämme huono asia, mikäli oma näkemyksemme on lainkaan oikeassa ja häiriön taustalla olisivatkin psykologiset eivätkä biologiset tekijät. Kauhein skenaario on se, että olemme vuosikausia hoitaneet häiriötä perinnöllisenä sairautena, kun olisimmekin ehkä voineet auttaa sairastuneita esimerkiksi psykoterapian avulla. Tahdomme myös tähdentää, että lääkityksellä voidaan lieventää tai hetkellisesti poistaa bipolaarihäiriön oireita, mutta ne eivät koskaan poista itse sairautta.

Pekan perheessä arvostettiin työntekoa. Se oli etenkin vanhemmille hyvin tärkeä asia. Työnteon merkitystä Pekka korostikin usein puhuessaan perheestään ja sen arvoista. Myös tutkittava itse on omien sanojensa mukaan ollut aina toimelias ja aikaansaava. Lisäksi hän on ollut erittäin luottavainen tulevaisuuden suhteen ja luottanut omiin kykyihinsä, sillä lapsena Pekka ei kokenut elämässä minkään olevan hänen tiellään, hän ei nähnyt esteitä, vaan ainoastaan mahdollisuuksia.

Ala-asteella Pekkaa kiusattiin. Hänellä oli kuitenkin kavereita, joista osa puolustikin Pekkaa kiusaamistilanteissa. Kiusaaminen jätti kuitenkin jälkensä ja peruskoulusta päästyään tutkittava oli kehittänyt itsensä suojaksi panssarikuoren, jonka läpi ei monia päästänyt.

Koulu oli Pekalle helppoa; hän kertoo kulkeneensa peruskoulun läpi lukematta, hänen ei omien sanojensa mukaan tarvinnut opiskella pärjätäkseen. Vaativammassa opinahjossa, lukiossa, tutkittava jäi kuitenkin jälkeen ja menestyi huonommin; tytöt kiinnostivat häntä enemmän kuin opiskeleminen ja tentteihin lukeminen.

Teini-ikäisenä Pekka toimi vapaaehtoistoissa kavereidensa kanssa; hän kyyditsi ja hoiti alkoholin vaikutuksen alaisena olevia nuoria hoitoon ja takaisin kotiin. Samoihin aikoihin tutkittava kertoo kostaneensa kiusaajilleen. Hän oli yhden kiusaajansa esimiehenä kesätoissa ja laittoi tämän ikäviin työtehtäviin koko kesän ajaksi. Pekka mainitsi myös jostain toisesta kostosta, jossa saattoi kärsiä myös joku sivullinen, mutta tästä hän ei sen tarkemmin puhunut.

19-vuotiaana tutkittava kuitenkin sairastui vakavasti. Hänellä oli jo lapsena todettu Chronin tauti ja varhaisaikuisuuden kynnyksellä hänen suolistonsa alkoi temppuilla. Pekka vietti 9 kuukautta sairaalassa eikä hänelle annettu aluksi paljon elinaikaa. Kivut olivat tutkittavan mukaan todella kovat ja hän masentui. Pekka menetti paljon; hän oli nuori eikä saanut viettää tavallista, menevää, elämää. Lisäksi kavereita kaikkosi ympäriltä vakavan

sairauden aiheuttaman pelon, ahdistuksen ja vastuun vuoksi. Lopulta Pekka pääsi kuitenkin leikkaukseen ja niin hidas toipuminen alkoi.

Leikkauksen jälkeen tutkittava tunsi olevansa voimakas ja pystyvänsä omin sanojensa mukaan melkeimpä mihin vain. Hän kuvailee tilannettaan siten, että mikäli joku sanoi hänelle, ettei hän pysty, hän näytti kaikille pystyvänsä ja teki sen. Pekka sai eläkepaperit kahdenkymmenen ikäisenä, jolloin tutkittavalla myös sanottiin, että hänen kannata opiskella eikä tehdä töitä - eikä hän voi saada jälkeläisiä. Pekka kuitenkin teki tämän kaiken; opiskeli itselleen insinöörin paperit, loi kansainvälisen uran ja sai vaimonsa kanssa kaksi lasta.

Tutkittava vaihtoi elämässään isomman vaihteen silmään sen jälkeen, kun hän parani leikkauksesta ja pystyi taas elämään suhteellisen normaalia elämää avanteen ja sairauden kanssa. Hän seurusteli ja oli kanssakäymisissä useiden eri naisten kanssa. Opiskelujen jälkeen hän meni töihin, jossa tapasi myös tulevan vaimonsa. Leikkausta ja siitä seuraavaa paranemista edelsi pitkä hypomaaninen kausi. Hän paitsi töitä suurimman osan vuodesta ja näki pieniä lapsiaan harvoin. Lopulta paineet ja lukuisat asiat ja tapahtumat, joissa Pekka oli mukana, alkoivat kaatua päälle. Pekka sekä lähti että sai potkut työpaikoilta useita kertoja muutaman vuoden sisällä, mutta aina hänen onnistui hankkia itselleen uusi työpaikka; hän oli hyvä myymään itsensä töihin. Jossain vaiheessa vaimolle selvisi, ettei Pekka ollut hoitanut tehtäviään ja laskuja, jolloin Pekan mainitsemat *kulissit* kaatuivat. Vaimo otti ja lähti.

Jonkin ajan kuluttua Pekan erottua vaimostaan ja jouduttuaan taloudelliseen konkurssiin tutkittava sai rajun paniikkikohtauksen kaverinsa autossa. Pekka toimitettiin sairaalaan, jossa hän vietti reilut neljä kuukautta ja jossa hänellä diagnosoitiin olevan sekä vakava masennus että bipolaarinen häiriö. Tästä sairaalassa vietetystä ja sitä edeltäneestä ajasta tutkittavalla ei ole selviä muistikuvia.

Tällä hetkellä tutkittava on opettelemassa elämään bipolaarisen häiriönsä kanssa ja hän keskittyy elämässään lapsiinsa ja tyttöystäväänsä. Pekan, kuten monen muunkin bipolaarihäiriöstä kärsivän elämässä on selkeitä vaihteluja maanisten tai hypomaanisten ja depressiokausien välillä. Pekan kertoessa elämästään on selvää, että hän on kokenut asioita, jotka ovat voineet laukaista häiriön ilman perinnöllisiä tekijöitä. Jo pelkästään koulukiusaaminen yksin on raskas kokemus ja sinällään omiaan aiheuttamaan psyykkisiä häiriöitä myöhemmässä elämässä. Tämän lisäksi Pekka on kuitenkin käynyt hyvin nuorena läpi tuskallisen sairauden. On hyvin yleistä että bipolaarihäiriöön sairastunut henkilö on lapsuudessaan tai nuoruudessaan kokenut jonkin trauman. Usein nämä traumat myös liittyvät turvattomuuden tunteeseen. Pekan elämänkulkua ja kokemushistoriaa tarkastellessa ei ole vaikeaa huomata näitä tunteita aiheuttavia tekijöitä, kuten vanhempien kova työnteke ja tämän vuoksi yksinäisyys lapsuudessa, koulukiusaaminen ja sairastuminen.

”Pekka menetti paljon; hän oli nuori eikä saanut viettää tavallista, menevää, elämää. Lisäksi kavereita kaikkosi ympäriltä vakavan sairauden aiheuttaman pelon, ahdistuksen ja vastuun vuoksi. Lopulta Pekka pääsi kuitenkin leikkaukseen ja niin hidas toipuminen alkoi.”

Bipolaarihäiriön perinnöllisyyttä puolustavat argumentit vetoavat usein siihen, että psyykkiset kokemukset voivat laukaista jo perimässä valmiina lymyilevän sairauden, mutta eivät aiheuttaakaan sitä. Me ajattelemme taas, että perimä ja persoonallisuus voivat altistaa sille, kuinka herkästi yksilö reagoi ympäristönsä ärsykkeisiin ja siihen, kuinka yksilö kokee erilaiset tapahtumat. Tämän vuoksi olemmekin valinneet lähestymistavaksemme haastattelut ja perehtymisen tutkittaviemme elämänsäkuuluun ja kokemushistoriaan. Ihmiset voivat kokea saman asian hyvinkin eri tavoin, ja siksi on tärkeää kuunnella ihmistä itseään ja pyrkiä ymmärryksessä mahdollisimman lähelle häntä jotta voisimme saada mahdollisimman validia tietoa siitä, kuinka juuri tämä ihminen on oman elämänsä tapahtumat kokenut. Vain tällä tavoin on mahdollista ymmärtää esimerkiksi bipolaarihäiriön syitä, ja mahdollisesti auttaa häiriöstä kärsiviä kohti tasapainoisempaa elämää ilman masennuksen ja manian jatkuvaa vuorottelua.

4.4.2 Kalle

Toinen haastateltava henkilömme, Kalle, on vuonna 1965 syntynyt mies, jolla on todettu bipolaarihäiriö vuonna 2005. Kallen lapsuuden ydinperheeseen kuuluivat isä, äiti ja 1.5 vuotta nuorempi pikkusisko. Omien sanojensa mukaan Kallen lapsuus oli normaali. Hänellä oli pihapiirissään paljon kavereita, joiden kanssa tuli vietettyä aikaa.

Äidin Kalle koki läheisemmäksi kuin isän, mutta isän jäätyä työkyvyttömyyseläkkeelle nivelkuluman vuoksi, välit häneenkin paranivat. Pikkusiskonsa kanssa Kalle sanoo olleen tavallista sisarusten välistä nahistelua, mutta muuten hyvät välit. Kallen ollessa 3-11 -vuotias perheen luona asui myös hänen enonsa. Kallen lapsuuteen ja etenkin perheen sisäiseen elämään liittyi vahvasti vanhempien ikä ja perheen uskonnollisuus. Kallen isä oli sodan käynyt ja vanhemmat olivat muutenkin hänen mukaansa vanhoja. Haastattelun edetessä Kalle liitti yhä useammin vanhemmista puhuttaessa heihin sanan ”vanha”. Kasvatustavat, kotiolot ja kotona vallitsevat säännöt saattoivat näin ollen poiketa hyvinkin paljon muiden Kallen ikäisten kotioloista. Kallen perhe oli myös uskonnollinen ja tämä näkyi perheen elämässä etenkin viikonloppuisin tapahtuvien seurojen muodossa. Omien sanojensa mukaan uskonnollisuus ei Kallen perheen arjessa niinkään näkynyt, mutta pienenä opittuja tapoja ei välttämättä osaa eritellä vielä vanhempanakaan uskonnollisuudesta johtuviksi ja ei-uskonnollisuudesta johtuviksi.

Äitiään Kalle kuvaili myöhemmin lisäkysymyksiä esittäessämme huolehtivaiseksi, positiiviseksi ja innostavaksi. Äiti oli usein ”itsekin innostunut jostain uudesta jutusta, kuten muun muassa (jossain määrin jopa hypomaanisesti?) terveystuotteet (herätti meidät usein varsinaisella aamujuomakoktaililla, omenaa appelsiinia, raakaa kananmunaa..), vitamiinit ja suggestopedia”. Työmme alkuosassa käydessämme läpi Vähäkylän teoksen tarinoita totesimme kuinka monet bipolaarihäiriön diagnoosin saaneet etsivät vahvistusta lähipiiristään sille, että häiriö olisi perinnöllinen. Perinnöllisyydelle on myös

vaihtoehtoinen selitys: ihmisillä on usein taipumusta hakea itsensä ulkopuolisia selityksiä sille miksi juuri he ovat häiriöön sairastuneet. Traumaattiset kokemukset tai muut itsestä lähtöisin koettaviksi luokiteltavat asiat voivat olla paljon hankalampia hyväksyä kuin se, että häiriö on peritty geeneissä eikä sille näin ollen ole mitään tehtävissä.

Kalle muistaa isän rankaisseensa häntä lapsena moittimalla ja torumalla. Vaikka fyysistä väkivaltaa Kalle ei kerro kokeneensa, ovat isän ”pahasti sanotut asiat” jääneet lapsuudesta mieleen niin sanottuina huonoina muistoina. Kallen mukaan isä oli vanhan kansan kasvattaja joka ei halunnut turhaan kehua ettei ”lapsi ylpisty”. Isä osasi myös olla vaativa muun muassa kodin ja puutarhan hoitoon osallistumisen suhteen. Kalle kuvailee itseään kiltiksi ja suojelevaiseksi ihmiseksi, mistä voidaan päätellä hänen olevan myös herkkä ja siitä syystä voineen reagoida voimakkaasti isänsä sanomisiin. Myöhemmin isästä lisää kysyttäessä Kalle kuvaili tätä rauhalliseksi ja turvalliseksi

Murrosiässä Kalle oli omien sanojensa mukaan melko helppo nuori. 12-vuotiaana hän sai ehdot englannista eikä läpäissyt ehtokurssia, mistä syystä Kalle joutui vaihtamaan koulua. Uuden koulun myötä tulivat myös uudet kaverit ja siinä vaiheessa alkoi kaupungilla pyöriminen ja perheen uskonnollisuuden häpeäminen. Samoihin aikoihin myös matematiikasta, jossa Kalle oli aina ollut kiitettävän oppilas, alkoi tulla huonoja numeroita.

16-vuotiaana Kallen selkä alkoi mennä huonoon kuntoon. Kallen mukaan suvussa oli selkävaivaa ja nyt sukurasite oli tullut hänellekin. Kivut olivat kovat ja välillä Kalle joutui pitämään selässään tukiliiviä. Vasta 20 vuoden iässä seläkivut alkoivat helpottaa.

Kalle kärsi siis kovista selkäkivuista lähes koko jälkimurrosikänsä ajan, yhteensä neljä vuotta. Lienee sanomattakin selvää, kuinka suuri ja tärkeä osa nuoren ihmisen elämää 4 vuotta on ja kuinka paljon kipujen ja erilaisten kuntoutusvälineiden käyttö on vaikuttanut negatiivisella tavalla Kallen kykyyn mennä, liikkua, viettää aikaa kavereiden kanssa, harrastaa ja yleisesti käydä läpi murrosikään kuuluvia asioita.

Kuten Pekalla, myös Kallella on lapsuudessaan ja nuoruudessaan kokemuksia, joiden ajattelemme voivan olla merkityksellisiä pohdittaessa bipolaarihäiriön puhkeamista. Vanhat ja vanhanaikaiset uskonnolliset vanhemmat ovat voineet osaltaan vaikuttaa, mutta itse pidämme merkityksellisimpinä asioina enoa, joka Kallen mukaan oli alkoholisoitunut ja käyttäytyi maanis-depressiivisesti. Kysyimme lisää tarkennusta enosta, ja Kalle kuvaili tätä mukavaksi, hiljaiseksi ja kovaksi lukemaan. Lisäksi hän kertoi, että eno viihtyi vapaa-ajallaan omissa oloissaan. Kalle odotti enoa työreissuiltansa, koska silloin oli usein luvassa lahjoja tai karamelleja. Eno oli Kallelle tärkeä ihminen Kallen ollessa pienempi, alkoholin käyttö ei Kallen omien sanojensa mukaan haitannut, mutta ”myöhemmin hänen humalassa saapumisensa hieman ahdisti”. Eno oli Kallen sanojen mukaan kova työmies selvänä, mutta ”taas sitten myös ryypäämään”. Enon käytöksen voidaan olettaa vaikuttaneen nuoreen Kalleen paljonkin, sillä asuessaan perheen luona Kallen ollessa 3-11 – vuotias, eno on ollut jokapäiväinen osa Kallen elämää. Myös enosta lisätarkennusta kysyttäessä Kalle mainitsee arvelevansa, että enolla saattoi ”olla bipo?”. ”Arvelunsa hän perustaa sille, että eno oli pariin otteeseen hoidossa mielisairaalassa, ensimmäisellä kerralla syynä oli ollut juoppuhulluuskohtaus.

Tutkiessamme bipolaarihäiriötä kirjallisuuden ja tutkimushenkilöiden avulla olemme huomanneet ihmisten perustelevan sairauden perinnöllisyyttä sillä että jollain lähisukulaisella on myös ollut todettu bipolaarihäiriö tai siihen viittaavia oireita. Me kuitenkin uskomme, että mikäli bipolaarihäiriöstä kärsivän lähisukulainen on sairastanut samaa tai jotain muuta psyykkistä häiriötä sairastuneen lapsuuden tai nuoruuden aikana on hyvinkin mahdollista että hän on käytöksellään aiheuttanut turvattomuuden tunteita ja tilanteita, jotka ovat olleet lapselle tai nuorelle traumaattisia ja näin ollen vaikuttaneet omalta osaltaan sairauden puhkeamiseen. Kuten työmme teoriaosuudessa toteamme, bipolaarihäiriötä ei ole pystytty paikallistamaan tarpeeksi vakuuttavasti siten, että olisi selkeää mikä on sairauden aiheuttaja ja mikä sen aiheuttamaa. Kallen lapsuudessa ja nuoruudessa mahdollisia aiheuttajia ovat olleet tiukat vanhemmat ja varsinkin vahvan isän vaikutus herkkään poikaan, uskonnollisuus ja sen luoma ristiriita kaveriyhteisön asenteiden kanssa, selkäsairaus ja sen tuoma eristäytyneisyys ja turvattomuuden tunne ja jo aiemmin todettu eno, joka on ollut osa nuoren Kallen elämää ja käyttäytynyt ennalta arvaamattomasti ja aiheuttanut huolta etenkin Kallen äidille.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tulokset on jaoteltu elämäkertatutkimuksen mukaisesti kronologiseen järjestykseen. Niissä korostuvat merkityssuhteiltaan arvokkaat ja tärkeät seikat tutkimushenkilöiden elämänculusta ja kokemushistoriasta. Painotamme erityisesti bipolaarihäiriön syntyyn mahdollisesti johtaneita tekijöitä. Tuloksissa korostuvat haastateltavien elämänculun ja elämäntapahtumien pääpainot. Esimerkiksi bipolaarihäiriön vaikutus tutkimushenkilöiden elämiin korostui tutkittavien elämäkertahaastatteluissa, joten sillä oli myös tutkimuksen tuloksissa suuri rooli ja merkitys.

Tutkittavien elämänculut ovat sujuneet lapsuudesta nuoruuteen melko tasaisesti ja rauhallisesti suhteutettuna suomalaisen yhteiskunnan normeihin. Nuoruuden ajanjaksolla on kummallekin tutkittavalle tapahtunut erinäisiä asioita, jotka ovat omalta osaltaan voineet vaikuttaa bipolaarihäiriön laukaisemiseen tai syntymiseen. Siirtymät ovat olleet selkeitä ja tapahtuneet normaalin kehityksen puitteissa. Tutkittavien elämäntapahtumat puolestaan ovat pitäneet sisällään muutamia huomioitavia tapahtumia, jotka ovat vaikuttaneet ainakin jossain määrin tutkittavien sosiaaliseen, psyykkiseen ja/tai fyysiseen terveyteen ja kehitykseen. Heidän elämänculuissaan on siis muutamia merkittävästi vaikuttaneita ja jopa hidastaneita tekijöitä. Nämä ja seuraavat päätelmämme pohjautuvat haastateltavien omiin muistikuviin sekä tutkijoiden havaintoihin ja tulkintoihin tutkittavien elämänculusta ja elämäntapahtumista sekä kokemushistoriasta.

5.1 Haastateltavan (Pekka) elämänkulku ja elämäntapahtumat

Pekka kasvoi perheessä, jossa ihannoitiin ahkeraa työntekoa. Perheen nuorimmaisena lapsena hän tottui jo lapsesta pitäen erityiskohteluun, jota vanhemmat sisarukset eivät saaneet kokea. Tutkittavan mukaan hänen kasvatuksensa oli vanhempien puolelta hyvin sallivaa. Ainakin näiden edellä mainittujen seikkojen vuoksi Pekalla heräsi (jo) lapsena mielikuva kaikkivoipaisuudesta ja erittäin vahvasta itseluottamuksesta koskien kaikkea, mihin hän ryhtyi. Pekka ei siis nähnyt elämässään tai tulevaisuudessaan esteitä, ainoastaan mahdollisuuksia. Tämän uskomme vaikuttaneen siten, että myöhemmässä elämässä Pekan on ollut vaikea kohdata oma heikkoutensa ja se, että myös hän on heikko eikä selviä kaikesta ylivoimaisena. Hypomanialle ja manialle on hyvin ominaista kaikkivoipaisuuden ja ylivoimaisuuden tunteet ja se, että sairastunut kokee olevansa kykenevä jopa yliluonnollisiin tekoihin, kuten elämään ilman unta. Ehkäpä Pekka elää näitä lapsuuden tunteita osittain uudelleen maniajaksojensa aikana. Emme kuitenkaan väitä että salliva kasvatusta yksin olisi omiaan laukaisemaan kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Kuten kaikissa muissakin tapauksissa, myös tämän häiriön puhkeaminen on useiden asioiden tapahtumien ja kokemusten summa.

Koulun aloitettuaan Pekka joutui kohtaamaan kiusaamista usean vuoden ajan. Uhrina hän kehitti ympärilleen suojamuurin, jonka läpi ei päästänyt kuin harvoja ja valittuja. Sulkeutuneisuus ja kaikkivoipaisuus vaikuttavat jo heti alkuunsa vaikealta asetelmalta, tulevaisuutta ajatellen, pienelle lapselle. Jotain on täytynyt tapahtua hänen sosiaalisessa ja psyykkisessä kehityksessään tuolloin. Nuoruusvuosina Pekka nimittäin kertoi toimineensa hyväntekeväisyydessä ja auttaneensa juopuneita ikätovereitaan, mutta samalla hän kuitenkin kosti yhdelle kiusaajalleen heidän ollessaan samassa kesätyöpaikassa. Pekan luonteen ja tekojen ristiriitaisuus on hämmentävää. Tämä ristiriita on varmasti ollut vaikeaa myös Pekan omassa itsessään käsittää.

Omien sanojensa mukaan Pekka kiinnostui tytöistä jo 12 vuoden iässä ja siitä lähtien hänellä oli kanssakäymistä ja seurustelua ikäistensä tyttöjen kanssa. Tapa, jolla tutkittava puhui niin sanotuista naisseikkailuistaan, herätti tutkijoissa ajatuksen siitä, ettei Pekka nuorempana arvostanut tapailemiaan naisia. Pekka vaikutti ennemminkin rehvasteleavan saavutuksillaan ja lukuisilla suhteillaan. Mallin naisten kanssa toimimiseen nuoret miehet usein ottavat vanhemmista miehistä lähiympäristössään, mutta tutkijoilla ei ole tietoa siitä, kuinka Pekan isä ja muut läheiset mieshenkilöt ovat vaikuttaneet Pekkaan tämän ollessa nuori.

Kiinnostuttuaan tytöistä teini-iän alkaessa, lähti Pekan nousujohdanteinen opintomenestys laskuun. Omien sanojensa mukaan hänen ei tarvinnut opiskella peruskoulussa ja pärjäsi silti hyvin. Lukiossa vaatimukset kovenivat ja opiskelua olisi tarvittu.

Pekka korosti haastattelun aikana useaan eri otteeseen, että hän on aina ollut hyvä ohjailemaan ihmisiä ja tottunut saamaan juuri sen, mitä on manipuloinnillaan halunnutkin saavuttaa. Hänen kertomustensa ja esitystapojensa perusteella voimme tulkita hänen olevan erittäin älykäs ja laskelmoiva; jopa narsistinen. Pekka itsekin kertoo löytävänsä itsestään narsistisia piirteitä ja monia eri persoonallisuuksia. Hän on koko elämänsä ajan enemmän tai vähemmän ollut vaikuttamassa ja ohjailemassa tyttöystäviensä, vanhempiensa ja työkavereidensa elämiä. Pekan havainnot itsestään narsistisena ja manipuloivana ihmisenä lienevät ainakin osittain terapiasta johtuvia, itsenäisesti tai yhdessä terapeutin kanssa, tehtyjä päätelmiä ja tulkintoja. Kuitenkin, tätä tutkimushaastattelua tehdessä myös meillä heräsi tutkittavasta samankaltaisia ajatuksia tämän puhetyylinsä ja esitystapansa vuoksi.

Tutkittavalla todettiin jo lapsena Chronin tauti ja ollessaan vasta 19-vuotias, Pekka joutui sairaalaan suoliston toiminnan häiriön vuoksi. Tämä sairaalajakso on tietävästi ollut tutkittavalle erittäin rankka ja todennäköisesti traumaattinen kokemus. 9 kuukautta hän vietti sairaalassa ja aluksi hänen elinaikaennusteensa ei ollut kovin hyvä. Kivut olivat kovia ja Pekka oli masentunut. Leikkauksen jälkeen Pekka tunsikin olevansa voimakas ja koki pystyvänsä mihin vain. Lääkärit eivät valaneet uskoa tutkittavaan, vaan pikemminkin

yrittivät sanella hänen tulevaisuutensa varoittelemalla, ettei Pekan kannata opiskella tai tehdä töitä ja että lapsia hän ei ainakaan tule saamaan. Jo lapsena omaksuttu asenne tulevaisuudesta mahdollisuuksien täyteenä auttoi varmasti Pekkaa kohtaamaan sairautensa vaikutukset, mutta jostain syystä hänen kaikkivoipaisajatuksensa vain syvenivät ja laajenivat.

Tutkittavan mukaan hänen bipolaarinen häiriönsä oli tämän sairaalajakson laukaisemaa. Tutkijat eivät kiistä sitä, ettei sairaalassa vietetty raskas ja kivulias aika olisi *laukaissut* bipolaarisen häiriön, mutta ei se välttämättä sitä *synnyttänyt*. Enemminkin jo aiemmin lapsuudessa tapahtuneet kiusaamisvuodet, manipulointitaitojen kehittäminen ja käyttäminen sekä ylimalkaiset ajatukset itsestä ja tulevaisuudesta ovat voineet olla suurena syynä tutkittavan bipolaarihäiriön syntymiselle.

Leikkausta ja paranemisvaihetta seurannut aika oli Pekalle selkeää hypomaanista kautta; Hän teki kovasti töitä, tapasi vaimonsa, sai lapsia. Tutkittava näki lapsiaan harvoin, sillä hän oli suurimman osan vuodesta töissä; joko työmatkoilla tai työpaikallaan. Lapsuuden perheen työmoraali ja työteon ihannoiminen kuvastuivat selvästi Pekan omassa työelämässä. Omien sanojensa mukaan hän oli joskus kotona ollessaan ikävä ja hallitseva lapsiaan kohtaan. Manipulointi ja itsekkyyys paistoivat tälläkin ajanjaksolla läpi tutkittavan elämästä.

Lopulta kaikki mureni Pekan käsiin, työ, vaimo, perhe ja raha-asiat. Pekka kertoi yrittäneensä vuosia pitää niin sanottuja *kulisseja* yllä. Laskuja jäi maksamatta ja perhettä laiminlyötyä. Pekan elämä romahti, vaimo lähti ja työt loppuivat. Jonkin ajan kuluttua tästä Pekka sai rajun paniikkikohtauksen, jonka seurauksena hän päätyi sairaalaan neljäksi kuukaudeksi. Siellä hänellä todettiin olevan bipolaarinen häiriö. Jotain tutkittava oli jo aiemmin aavistellut, sillä hänen elämänsä oli välillä niin menevää ja rauhatonta ja välillä taas niin synkkää ja masentavaa, että jotain täytyi olla vialla.

5.2 Haastateltavan (Kalle) elämänkulku ja elämäntapahtumat

Kalle oli lapsena kiltti ja suojelevainen poika ja tästä syystä hänen hyvyttään käytettiin varmasti joissain tilanteissa hyödyksi. Voisi kuvitella tällaisen ihmistyyppin kärsineen herkkyydestä ja olemaan alttiimpi sekä mielensä pahoittamiselle että kiusaamiselle. Omien sanojensa mukaan Kallea ei kiusattu lapsena, mutta hän muistaa pahoittaneensa mielensä isän moittiessa ja toruessa häntä. Kalle vaikutti siis olleen herkkä lapsi ja näin olleen hyvinkin altis ympäristön vaikutuksille ja muutoksille.

12-vuotiaana Kalle joutui vaihtamaan huonon koulumenestyksensä vuoksi koulua. Jopa matematiikassa, jossa Kalle oli omien sanojensa mukaan pärjännyt aina kiitettävästi, alkoi tulla ongelmia. Mitkä syyt vaikuttivat siihen, että Kallen koulumenestys jo 12-vuotiaana alkoi hiipua? Osittain varmasti murrosikä, joka Kallen mukaan käynnistyi kunnolla koulun vaihdoksen ja sitä kautta tulleiden uusien koulukavereiden myötä. Siitä alkoi myös kausi, jolloin Kalle häpesi perheensä uskonnollisuutta. Uskomme että tämä on vaikuttanut ainakin Kallen alttiuteen sairastua, sillä ristiriita sen välillä kuinka Kallen vanhemmat toivoivat Kallen elävän ja sen, millaisia kaveripiirin asenteet olivat, oli suhteellisen suuri vanhempien ollessa vahvasti uskonnollisia ja Kallen sanojen mukaan kaverit olivat menevämpää sorttia ilman uskonnollisia juuria.

16-vuotiaana tapahtui Kallen elämässä suuri episodi, kun hänen selkänsä kipeytyi niin pahaksi, ettei hän pystynyt useaan vuoteen toimimaan normaalisti. Kallen puheiden perusteella päätelimme, ettei selkää käytetty lääkärin hoidossa, vaan ainoastaan ”poppamiesten” käsittelyssä. Niistä ei ollut kuitenkaan apua ja kivut olivat suuret. Vasta 20-vuotiaana Kallen selkäkivut alkoivat väistyä. Hänen elämässään, kenties yhdessä tärkeimmässä kohdassa sosiaalista, psyykkistä ja fyysistä kehitystä, oli lähes neljän vuoden

ajan kivulias, normaalia murrosikäisen toimintaa ja olemista hidastava ja jopa estävä selkäkipu.

Puolessa välissä selkävaivojen vuosia, ollessaan 18-vuotias, Kalle tapasi ensimmäisen oikean tyttöystävänsä. Hän mainitsee bipolaaristen oireiden alkaneen jo silloin; Kallea huvitti käydä paljon ulkona viihteellä ja alkoholinkäyttö ryöstäytyi usein käsistä. Parisuhde päättyi kahden vuoden jälkeen, kun Kalle ihastui tyttöystävänsä siskoon.

Kalle mainitsi, että hänellä oli teini-ikäisenä useita ihastumisia ja kanssakäymisiä tyttöjen kanssa, mutta ensimmäinen oikea seurustelusuhde alkoi vasta 18-vuotiaana. Tämä ensimmäinen seurustelusuhde päättyi tyttöystävän siskoon ihastumiseen. Tämä on mielenkiintoinen huomio, sillä myös toisen tutkittavamme Pekan nuoruutta sävytti erityisen vilkas kanssakäyminen vastakkaisen sukupuolen kanssa.

Kalle sanoi bipolaaristen oireiden alkaneen selkävaivojen alkamisen jälkeen, joten herää kysymys siitä, onko näiden kahden välillä yhteys? Vaikea, erittäin kivulias ja varmasti traumatisoiva selkäkipu nuorelle, menemään ja kulkemaan tottuneelle ja tahtovalle miehelle voi olla yksinäänkin tarpeeksi etenkin kun Kalle kuvaili itseään herkäksi ja tunteelliseksi nuoreksi mieheksi. Tämänkaltaisen fyysinen kipu ja rasite on hyvinkin voinut olla siinä määrin traumaattinen kokemus, että se on vaikuttanut bipolaarisen häiriön syntyyn.

Kallen opiskelu- ja työpaikat muuttuivat usein, osassa hän lopetti kesken ja osasta hän lähti kohti uusia haasteita. Joissain opinahjoissa häntä ei kiinnostanut opiskelu lainkaan ja joissain hän luki aamusta iltaan tenttejä ja kokeita varten. Rauhattomuus ja menemisen into kuvastuvat Kallen kertomuksista parikymppisen elämästä. Jossain vaiheessa Kalle itse huomasi, ettei nykyisellä elämäntyyllillään tule saavuttamaan elämässään mitään, joten hän omatoimisesti hakeutui perheensä uskonnollisiin piireihin takaisin. Tämä oli mielestämme

merkittävä virstanpylväs Kallen elämässä; hän ymmärsi itse lopettaa juhlimisen ja pyytää apua sieltä, mistä tiesi sitä saavansa.

Useita vuosia Kalle pysyikin uskonnollisuudessa ja hän löysi sieltä myös ensimmäisen vaimonsa. Heille tuli tuli kolme lasta peräjälkeen ja perhe vietti rauhallista elämää Etelä-Suomessa. Jossain vaiheessa Kalle ja hänen vaimonsa kuitenkin päättivät irtautua uskonnollisuudestaan ja muuttaa takaisin kotikaupunkiinsa. Siitä alkoi Kallen toinen, pitkä, hypomaaninen kausi. Alkoholinkäyttö ja juhlinta lisääntyivät. Kalle vaihtoi työpaikkaa ja uudella työpaikalla tykättiin juhlia kunnolla. Tässä vaiheessa myös urheilemisesta tuli ensimmäistä kertaa Kallelle pakkomielle; hän urheili kilpaa ja elämässä oli iso vaihde silmässä. Sitten tulivat takaiskut: vaimo ei pitänyt Kallen elämäntyylistä, töissä tuli uusia, vaikeita tehtäviä ja syksy alkoi masentaa. Kalle hakeutui lopulta itse hoitoon ja psykiatri tunnisti hänessä bipolaariseen häiriöön liittyviä oireita.

Nyt Kallella menee hyvin ja hän odottaa innolla tulevaa kesää.

Tutkittavan keskeisimmiksi elämänaalueiksi muodostuivat tämän elämäkerta-haastattelun perusteella perhe, työ ja harrastukset sekä omina alueinaan hypomaaniset ja depressiiviset kaudet.

Lapsena Kallelle perhe oli tärkeä ja hän oli läheinen kaikkien perheenjäsentensä kanssa. Jo varhaisaikuisena hän perusti perheen ensimmäisen vaimonsa kanssa ja sai kolme lasta. Hypomaanisten kausien aikana hän poti omien sanojensa mukaan syyllisyyttä siitä, ettei ollut riittävän paljon kotona pienten lastensa ja vaimonsa luona. Hän pyrki kuitenkin parhaansa mukaan käyttämään heitä harrastuksissa ja viettämään aikaa yhdessä. Kalle meni myös uusiin naimisiin, joskin sekin avioliitto päättyi eroon. Kyynisenä, kahdesti eronneena, Kallea ei voi pitää, vaan hän vaikuttaa olevan kiltti, rakastava ja perheestään välittävä ihminen – aivan samanlainen kuin oli lapsenakin.

Tutkittavan työhistoria on hyvin värikäs ja hän on kokeillut useampaakin eri alaa. Nuorena hän haaveili lentäjän urasta, mutta luopui haaveestaan ymmärtäessään sen vaativan

kielipäättä jota hänellä ei ollut. Kallen kertoman mukaan tuntuu melkein siltä, että hän *tyytyi* valitsemaansa ammattiin ja työhön niin kuin toisaalta varmaan moni muukin 1970-1980 -luvuilla. Työ tuntui kuitenkin olevan Kallelle hyvin merkityksellistä eikä haastattelussa käynyt ilmi hänen saaneen koskaan potkuja mistään työpaikasta. Pikemminkin, hän usein antautui töiden ja opiskelujen viettäväksi ja saattoi lukea useita päiviä putkeen tulevia tenttejä varten. Vaikka Kalle on työskennellyt monella eri alalla ja monessa eri paikassa, on hän aina ollut kunnianhimoinen ja yritteliäs. Erään työpaikan vaikeat, uudet tehtävät, lienevät olleen osasyynä Kallen depressiovaiheen alkamiselle.

Harrastuksistaan Kalle kertoi paljon. Hänen varhaisin muistikuvakin liittyy lapsuudessa siihen, kun hänen enonsa tuo moottoripyörän näyttille. Moottoripyöräilyä Kalle onkin harrastanut ihan nuoresta lähtien ja sitä hän tulevassa kesässä kertoo odottavansa eniten. Hän myös mainitsi myöhäissyksyn olevan pahinta aikaa hänelle, koska silloin loppuu moottoripyöräilykausi. Harrastuksena se lienee siis Kallelle tärkein. Toisena harrastuksena Kalle mainitsee urheilemisen, joka tosin lähti täysin hallinnasta, kun Kalle oli kolmissakymmenissä. Harrastukset ovat vaikuttaneet olleen Kallen elämän suola ja uskonnollisuuden lisäksi juuri ne tekijät, jotka pitävät hänen jalkansa maassa ja hypomaanisuuden aisoissa.

5.3 Haastateltavan elämänkulun ja kokemusten teoreettista tarkastelua

Olemme liittäneet osia teoreettisesta tarkastelusta myös analysoidessamme Pekan ja Kallen elämänkulku- ja kokemushistoriahaastatteluja. Kuitenkin haluamme ilmaista myös oman näkemyksemme Pekan ja Kallen tarinoista. Olemme tietoisia siitä että omat näkemyksemme poikkeavat valtavirran näkemyksistä bipolaarihäiriön synnystä ja hoidosta. Tavoitteenamme ei ole kapinoida vaan saada ihmisiä ajattelemaan ja näkemään,

että on ehkä olemassa mahdollisuus saada tälle häiriölle hoito joka voisi jopa parantaa eikä vain lievittää oireita. Valitettavasti suuri este tälle on lääkäreiden ja psykiatrien näkemykset ja se, että he ovat niitä ihmisiä jotka kohtaavat sairastuneen ja antavat diagnoosin ja ”selityksen” sairastuneelle siitä mikä häntä vaivaa. Nämä uskomukset jäävät vahvasti sairastuneen mieleen ja hän luottaa itsekin siihen ettei mitään ole tehtävissä ja että kaikki mitä hän voi tehdä on opetella elämään sairauden kanssa ja löytää oireita parhaiten hillitsevä lääkitys.

Niin Pekan ja Kallen kuin teoriaosuudessa läpikäytyjen henkilöiden elämänculusta löytyy kaikista aspekteja, jotka voimme tulkita johtaneeksi tarkasteltavana olevaan häiriöön. Joku voisi ehkä kysyä, miksi juuri nämä henkilöt ovat sairastuneet kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön kun niin monella muullakin on ollut traumaattisia kokemuksia lapsuudessaan. Uskomme ettei ole olemassa perinnöllistä alttiutta tai ”kaksisuuntaisen mielialahäiriön geeniä”, mutta uskomme että jotkut ihmiset voivat olla persoonallisuudeltaan alttiimpia sille, että kaksisuuntainen mielialahäiriö puhkeaa traumaattisten kokemusten seurauksena. Mielenkiintoista kahdessa satunnaisesti valitsemassamme haastateltavassa on se, että molemmat ovat alle parikymmenvuotiaina kokeneet vakavan sairastumisen ja sen aiheuttaman epävarmuuden ja turvattomuuden tunteen. Tutkijoiden tiedossa on myös muita tapauksia joissa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivien lapsuutta on varjostanut vakava sairastuminen ja siitä kärsiminen. Siksi olemmekin ottaneet tarkastelun alle erikseen osiot: terveys, suhde lähimpiin aikuisiin ja muut mahdolliset bipolaarihäiriöön sairastumiseen vaikuttavat tekijät.

”Ihmislapsen elämä on täynnä vaikeuksia, haasteita, uhkia ja pettymyksiä. Osa kuuluu normaaliin kehitykseen, mutta kokemuksista tulee stressaavia, kun tilanteen vaatimukset ylittävät lapsen voimavarat. Traumakokemukset eivät kuulu lapsuuteen tai normatiiviseen kehitykseen. Ne ylittävät lapsen kestokyvyn ja vaativat häneltä itseltään ja lähiympäristöltä suuria ponnisteluja, jotta mielen tasapaino palautuisi. Traumalle on tyypillistä vaaraan joutuminen, äärimmäinen avuttomuus ja pelko vahingoittumisesta. Traumatilanteessa lapsi joutuu usein hirvittävien asioiden silminnäkijäksi. Trauma voi olla yhtäkkinen

ja odottamaton kuten auto-onnettomuus, rikos tai itsemurha, mutta traumaattiset kokemukset voivat myös olla pitkäkestoisia ja kuulua osana lapsen elämään. Tällaisia ovat esimerkiksi lapsen kaltoinkohtelu, perheväkivalta ja psyykkinen tai fyysinen heitteillejätö.”⁷³

Edeltävä lainaus on myös työmme teoriaosuudessa sivulla 42. Mielestämme sekä Kallen että Pekan nuoruudenkokemukset täyttävät trauman tunnusmerkit; vakava sairastuminen nuorena iässä luo avuttomuuden tunteen ja tunteen siitä, että oma elämä ei ole hallinnassa.

⁷³ Punamäki, R-J. (2003). Kiintymyssuhteen ja traumaattisen kokemuksen välinen yhteys teoksessa Sinkkonen, J ja Kalland, M. (Toim.) Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. (s.184). Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö

6 POHDINTA

Tässä tutkielmamme viimeisessä luvussa pohdimme tutkimusta kahdesta eri näkökulmasta; tarkastelemme tutkimuksen luotettavuutta sekä tuloksia ja itse tutkimuksen tekemistä.

6.1 Luotettavuustarkastelu

Yksi tärkeä osa tutkimusta on pohtia sen luotettavuutta. Luotettavuuden tarkastelu on aina haastavaa, mutta kvalitatiivisessa tutkimuksessa se voidaan kokea erityisen haastavaksi, sillä todellisuuksia laadullisessa tutkimuksessa oletetaan olevan useita ja tällöin tuloksetkin peilaavat vain tiettyjä näkökulmia asiasta. Tutkijoiden tulee myöntää tutkimusta tehdessään se, että he ovat avoimia subjektiviteetteja ja täten tutkimuksensa keskeisimpiä tutkimusvälineitä ja luotettavuuden kriteereitä.⁷⁴

Lincolnin ja Cuban (1985) sekä Tynjälän (1991) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit pohjautuvat tutkimuksen siirrettävyyteen ja sovellettavuuteen, totuudellisuuteen, vahvistettavuuteen sekä uskottavuuteen. Nämä termit pyrimme nyt avaamaan oman tutkimuksemme kautta.

Luotettavuutta laadullisessa tutkimuksessa ovat määrittämässä validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteettikysymys on monivaiheinen, sillä se liittyy sekä kohderyhmän valintaan sekä tutkijan kykyyn rakentaa toimiva tutkimusasetelma. Tutkijan tulee osoittaa, että juuri

⁷⁴ Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, (2000). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi (s. 214); Hirsjärvi & Hurme, (2001). Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino (s. 189); Soininen, M. (1995). Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku: Yliopistopaino (s. 122).

hänen valitsemansa asetelma ja kohderyhmä antavat tutkimuskysymyksien kannalta arvokkaita vastauksia. Lisäksi validiteetti kertoo tutkimuksessa syntyvän tulkinnan paikkansapitävyyden; tutkimuksen kuvaus ja siihen liittyvien selitysten ja tulkintojen yhteensopivuus ja luontevuus lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Reliabiliteetti puolestaan kertoo siitä, kuinka luotettavaa aineiston käsittely ja analyysi on. Reliabiliteettiin kuuluu myös siirrettävyyden ja sovellettavuuden alueet.⁷⁵ Ne eivät kuitenkaan ole tutkimuksessamme oleellisia teemoja, koska tutkimuskohteemme olivat ainutlaatuisia yksilöitä eivätkä heidän ajatuksensa ja kokemuksensa ole täten täysin siirrettävissä toisiin tutkimuskenttiin. Yleisellä traumaattisten kokemusten tasolla voidaan kuitenkin puhua kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien yhteisestä kokemuksesta eli täten siirrettävyydestä toisiin, vastaaviin, tutkimuksiin.

Tässä pro gradu – tutkielmassa olemme pyrkineet ottamaan tutkimuksen luotettavusnäkökulman huomioon sekä teoreettisessa viitekehyksessä että empiirisessä tutkimuksessa. Teoreettisessa viitekehyksessä valitsimme ja rajasimme aihepiirit siten, että ne käsittelisivät mahdollisimman tarkasti juuri tutkimusongelmillemme olennaisia asioita. Empiirisen tutkimuksen osassa puolestaan pyrimme kuvaamaan tutkimusprosessin vaiheet mahdollisimman tarkasti ja yksityiskohtaisesti.

Tutkimuksemme totuudellisuuteen ja vahvistettavuuteen vaikuttavat myönteisellä tavalla tutkijoiden lukumäärä ja mahdollisuus hakea keskinäistä yhteisymmärrystä ja vahvistusta omille ajatuksilleen. Se, että tutkijoita on tässä pro gradu – tutkielmassa ollut kaksi, on mahdollistanut laajempien näkökulmien esilletuomisen ja tutkimuksestamme on tullut entistä monipuolisempi. Olemme siis läpi tutkimuksemme tekemisen käyneet keskustelua ja mielipiteiden vaihtoa näkemyksistämme ja havainnoistamme ja pyrkineet nivomaan niistä yhteistä näkemystä aiheitamme kohtaan. Tutkijatriangulaation lisäksi olemme käyttäneet tutkimuksessamme aineistotriangulaatiota, eli olemme yhdistelleet haastattelua

⁷⁵ Uusitalo, L. (1991). Oma etu vai yhteinen hyvä? Helsinki: Gaudeamus (s.84-85); Pyörälä, E. (1995). Kvalitatiivisen tutkimuksen metodologiaa. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus (s.15).

ja havainnointia, luoden tutkimuksestamme entistä totuudellisemman ja vahvistettavamman.⁷⁶

Toisaalta, kvalitatiivisen tutkimuksen ollessa kyseessä, olemme tiedostaneet tutkijoina sen tosiasian, että tutkimusta tehdessä ja tuloksia analysoidessa ovat kyseessä olleet meidän henkilökohtaiset tulkintamme ilmiöstä. Uskottavuuden saavuttamiseksi olemme kuitenkin pyrkineet tutkimuksestamme toimimaan ja tekemään johtopäätöksiä ilman ennakkoodotuksia. Tähän meidän on täytynyt *tietoisesti* pyrkiä.

Haastatteluja tehdessämme pyrimme poistamaan ympäriltä kaikki mahdolliset häiriötekijät ja luomaan tilanteesta rauhallisen ja turvallisen. Ensimmäinen haastattelu toteutettiin eräässä *Hyvän Mielen Talon* ryhmähuoneessa, jossa ei muita ihmisiä meitä tutkijoita ja haastateltavaa lukuunottamatta ollut. Ympäristö oli hiljainen ja rauhallinen. Toinen haastattelu toteutettiin Skype-palvelulla tietokoneiden välityksellä. Tätä järjestelyä varten varasimme hiljaisen työhuoneen, jossa ei ollut muita ihmisiä eikä ylimääräisiä meluhaittoja tai muitakaan mahdollisia häiriötekijöitä. Nämä ympäristötekijöiden säätelyt toivat haastattelutilanteisiin luotettavuutta sekä itse tutkimuksen tekemiseen että myös tutkijoiden ja tutkittavien välille.

Haastattelua tehdessään tutkijan on kyettävä sietämään tilanteen mahdollisesti tuomaa epävarmuutta, epämukavuutta ja haastateltavan oletetusta poikkeavia vastauksia.⁷⁷ Jouduimme muutaman kerran haastatteluja tehdessämme tilanteisiin, joissa haastateltavat vastasivat kysymyksiin kommentilla ”en muista”.

⁷⁶ Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino (s. 70).

⁷⁷ Kirmanen, T. (1999). Haastattelu lapsen ja aikuisen kohtaamisena –kokemuksia lasten pelkojen tutkimuksesta. Jyväskylä: Atena (s.211).

Vaikka suoritimme haastattelut vain kahdelle henkilölle, koimme silti aineiston olevan riittävä. Molempien haastattelujen jälkeen meillä heräsi muutamia lisäkysymyksiä. Tutkittavien kanssa oli yhteisesti sovittu, että mikäli jatkokysymyksiä ilmenee, saamme ottaa heihin yhteyttä. Toisen tutkittavan kohdalla aineiston luotettavuus lisääntyi saatuaamme häneltä lisävastauksia, mutta toista tutkittavaa emme koskaan tavoittaneet.

Pyrimme tutkimukssamme luotettavuuden lisäämiseen. Kuvailimme tutkimuksen etenemistä tarkasti, vaihe vaiheelta ja kerroimme yksityiskohtaisesti tutkimuksemme teoreettiset lähtökohdat. Olisimme voineet saada tutkimuksestamme vielä luotettavamman, jos tutkimuksen empiiriseen osaan ja analysointiin olisi käytetty pidempi ajanjakso ja mikäli olisimme käyttäneet tutkimukssamme ulkopuolista arvostelijaa. Emme kyenneet tutkimukssamme puhtaaseen objektiivisuuteen, vaikka käytimme tutkijalähtöistä triangulaatiota.

Tutkimuksen luotettavuutta on syytä tarkastella myös käyttämämme psykoanalyttisen viitekehyksen kautta. Latomaa näkee psykologisen ymmärtämisen näin:

” Ymmärtävän psykologisen tutkimuksen tavoitteena on ilmiöiden ymmärrettäväksi tekeminen asettamalla ne yksilön subjektiivisen merkityksenannon, kokemusten yhteyteen. Se tutkii subjektiivista merkityksenantoa, joka tarkoittaa ilmiön saamaa asemaan yksilön mielen tapahtumisessa, psyykkisissä yhteyksissä. Ilmiön psykologinen ymmärtäminen on sen yhteyksien tunnistamista, oivaltamista, tavoittamista, osoittamista ja tämän kuvaamista. Ymmärtäminen saavutetaan ilmiön yhteyksiin kohdistuvien tulkintojen, ajatuksellisten metapsykologisten tai näyttämöllisten rekonstruktioiden avulla⁷⁸. ”

Työssämme olemme pyrkineet tutkimushenkilöidemme ja heidän elämäkerroistaan löydettyjen, tutkimuksemme kannalta merkityksellisten, asioiden ja ilmiöiden

⁷⁸ Latomaa, T. (2000) Psykologinen ymmärtäminen; Psykodynaamisen metapsykologisen ja näyttämöllisen ymmärtämisen perusteet. Oulun yliopisto.

psykologiseen ymmärtämiseen. Olemme pyrkineet tunnistamaan ja osoittamaan elämäkertatutkimuksemme tutkimushaastatteluista yhteyksiä tutkimushenkilöiden välillä sekä tutkimushenkilöiden ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön syntyyn mahdollisesti vaikuttaneiden traumaattisten kokemusten yhteyksiä.

Myös tulkinnan yhtenäisyys ja vastaavuus psykologisessa tutkimuksessa on tärkeää tarkastellessa tutkimuksen luotettavuutta. Latomaan mukaan:

”Tulkinnan on muodostettava sisäisesti yhtenäinen tai ainakin riittävän yhtenäinen teoreettisesti perusteltu kokonaisuus, jossa tutkittavat, myös ilmiasultaan ristiriitaisena näyttäytyvät ilmiöt saavat mielekkyytensä osina kokonaisuutta ja tulevat ymmärrettäviksi⁷⁹.”

Tulkintamme on pyritty muodostamaan yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Perustelut on löydyttävä sekä empiiriselle että teoreettiselle osiolle –kuten tässäkin tutkimuksessa on tehty. Tiedostamme silti, että empiiristä aineistoa olisi voinut luotettavuuden lisäämiseksi olla enemmänkin. Olemme kuitenkin pystyneet yhteensovittamaan teoreettisista osista ja empiirisistä osista tekemiämme johtopäätöksiä ja muodostamaan niistä melko yhtenäisen tulkinnan.⁸⁰

⁷⁹ Latomaa, T. (2000) Psykologinen ymmärtäminen; Psykodynaamisen metapsykologisen ja näyttämöllisen ymmärtämisen perusteet. Oulun yliopisto.

⁸⁰ Latomaa, T. (2000) Psykologinen ymmärtäminen; Psykodynaamisen metapsykologisen ja näyttämöllisen ymmärtämisen perusteet. Oulun yliopisto.

6.2 Tulosten ja tutkimuksen tarkastelu

”Alku aina hankalaa”- sanonta kuvastaa hyvin tuntojamme tätä työtä ja sen luomisprosessia pohtiessamme. Erityispiirteenä työn alkuvaiheessa oli haaste löytää lähteitä, jotka kuvaisivat bipolaarihäiriötä myös muualta kuin lääketieteestä käsin. Tällaista teosta emme löytäneet, mutta uskomme edelleen, että Vähäkylän teoksen *Mieli keinussa* löytyminen on ollut yksi merkittävimmistä risteyskohdista joka ohjasi myöhemmin kulkuamme sille polulle, jolla olemme työmme kanssa tällä hetkellä. *Mieli keinussa* antoi meille tarkempaa kokemusta siitä, millainen bipolaarihäiriö on luonteeltaan, sekä siitä, mikä on nykykäsitys häiriön syntyperästä ja sen aiheuttajista, sekä häiriön hoidosta.

Työmme rakenne jakautuu kolmeen osioon. Alussa perehdyimme bipolaarihäiriön sisältämiin käsitteisiin avaten niitä, sekä meille että työn myöhemmin lukeville. Hämmästyimme siitä, kuinka vähän häiriötä psyykkisenä sairautena puolustavia mielipiteitä oli. Kuten todettua, kirjallisuudessa yleinen mielipide oli, että bipolaarihäiriö on somaattinen sairaus, joka ilmenee psyykkisenä oireiluna, ja jota on hoidettava lääkityksen avulla aivan samalla tavalla kuin esimerkiksi murtunut jalka vaatii leikkauksen tai vähintäänkin kipsin.

Käsiteltyämme erikseen hypomanian, manian ja depression erityispiirteitä jatkui kirjoitusprosessimme psykoanalyttisen näkökulman aukikirjoittamisella lukuun kolme. Analyysiosiossa perehdyimme jonkin verran myös Internetin keskustelupalstoilla omasta sairaudestaan kertovien ihmisten tarinoihin. Päätimme kuitenkin pitäytyä Vähäkylän teoksessa saadaksemme mahdollisimman validin kokonaisuuden, jota analysoida, sillä samassa teoksessa esiintyvien tarinoiden voidaan olettaa olevan ainakin osittain samalla kaavalla toteutetun tiedonkeruun tulosta, ja siksi enemmissä määrin yhtenäisiä.

Analysoidessamme *Mieli keinussa* teoksessa esiintyvien ihmisten tarinoita, painoi mieltämme koko ajan kysymys siitä, kuinka paljon Vähäkylä (tai joku muu haastatteluja kerännyt) ja hänen oma näkemyksensä häiriöstä somaattisena aivosairautena on ohjannut tarinoiden muodostumista sellaisiksi kuin ne kirjassa ovat? Vähäkylä toteaa heti teoksensa ensimmäisellä sivuilla kuin yhtenä totuutena ”En halua käyttää ilmaisua mielen sairaus tai edes psyykkinen sairaus, sillä maanis-depressiivisyys on useissa tutkimuksissa todettu aivosairaudeksi, jossa aivojen välittäjäaineet eivät välity oikein.”⁸¹ Hän vertaa bipolaarihäiriötä diabetekseen tai sydän- ja verisuonisairauksiin, mikä on mielestämme vastuutonta, sillä Vähäkylä ottaa joko tietoisesti tai tiedostamattoman riskin että joku häiriöstä kärsivä lukee tämän ensimmäisen sivun lausahduksen, ja heittää saman tien päästään ajatuksen esimerkiksi terapiaan hakeutumisesta tai piilevien ongelmien selvittämisestä. Lisäksi tällaisten kommenttien esittäjät unohtavat mainita yhden asian. Jos kyseessä on todistetusti aivoihin ja jopa sen tiettyihin välittäjäaineisiin paikannettavissa oleva sairaus, miksi sairautta parantavaa hoitoa ei ole olemassa? On totta että monet bipolaarihäiriöstä kärsivät hyötyvät mieltä tasaavasta lääkityksestä, mutta kyseessä on ainoastaan oireettomuuteen tähtäävä lääkitys, ei häiriötä parantava hoito.

Lisäksi meitä vaivaa kirjallisuuteen ja nykykäsitykseen bipolaarihäiriöstä tutustuttuamme se, kuinka häiriön oireet ovat psyykkisiä, mutta niitä hoidetaan somaattiseen vaikutukseen tähtäävillä lääkkeillä. Useat Internetin keskustelupalstoilla tuntojaan purkaneet kertoivat miettineensä terapiaan hakeutumista, mutta hylänneensä ajatuksen kuultuaan että häiriötä on mahdoton parantaa. Vähäkylän teoksen henkilöistä hyvin harva oli käynyt intensiivisesti terapiassa, osa ei ollut saanut edes mahdollisuutta kyseiseen hoitomuotoon. Terapia, ja varsinkin psykoterapia on kuitenkin auttanut useita häiriöstä kärsiviä, ja kuten Vähäkylän itsensä teoksessa eräs tarinansa kertoneista totesi: ”Uusi terapiayritys oli edessä. Kävin tapaamassa terapeuttia, kun olin vielä sairaalassa. Hän selvitti koulutustaan ja terapiakoulukuntaansa. Luotin siihen, että hän ei tekisi minusta pikapäätelmiä. Kävin seitsemän vuotta hänen luonaan, kaksi kertaa viikossa. Eteneminen oli hidasta, kuten analyttisessä psykoterapiassa yleensäkin, mutta alkaessani havaita tuloksia minun oli

⁸¹ Vähäkylä, L. (2004). *Mieli keinussa*. Helsinki: Kirjapaja.

vaikea ymmärtää, millä muulla tavalla olisin niitä saavuttanut.” ⁸²

Tutkimuksemme edetessä olemme olleet erityisen yllättyneitä siitä kiihkeydestä, jolla psykiatrit, lääkärit ja jotkin psykologitkin puhuvat häiriön somaattisesta luonteesta ja periytymisen ”kirouksesta”. Tämä vallitseva mieliala on omiaan ruokkimaan häiriöön sairastuneiden käsityksiä siitä, ettei heillä itsellään ole minkäänlaista valtaa hoitaa häiriötä muutoin kuin lääkitsemällä itseään. Monet kuvaavat lääkkeitä ”turruttaviksi” ja oloaan lääkityksen alla ”tunteettomaksi”. On surullista ajatella, ettemme tarjoa näille ihmisille mahdollisuutta lieventää häiriönsä oireita tai jopa parantua bipolaarihäiriöstä kokonaan, vain sen vuoksi että olemme niin fakkiutuneita ajattelemaan häiriön olevan biologinen ja että sitä ei voida terapian keinoin hoitaa.

Oma tutkimuksemme muotoutui nykyiseen tilaansa pitkälti Vähäkylän teoksen löytymisen johdosta. Olemme mielestämme onnistuneet vastaamaan alussa esittämiimme kysymyksiin siitä onko mahdollista, ettei bipolaarihäiriö olisikaan vain biologinen sairaus vaan että taustalla olisivat psyykkiset tekijät sekä siitä, voitaisiinko häiriötä tulkita psykoanalyttisesta näkökulmasta käsin. Olemme mielestämme tuoneet hyvin esiin mahdollisuuden sairauden tulkitsemiseen psykoanalyttisesta näkökulmasta analysoiden Vähäkylän teoksessa esiintyneitä tarinoita, ja vastaus siihen, olisiko mahdollista että sairaus ei olisikaan biologinen, perimästä lähtöisin oleva häiriö kuuluu: se on mahdollista.

Tällä tutkimuksella ja etenkin sen tuloksilla toivomme voivamme valaa uskoa ja rohkeutta bipolaarihäiriöstä kärsivien ihmisten elämiin. Biologiaan ja perimään keskittyvälle diagnoosille ja mielialahäiriön hoitamiseksi pelkillä lääkkeillä on olemassa vaihtoehto –ja se vaihtoehto on varteenotettava. Terapiaa hyödyntämällä kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivä henkilö voi saada moninaista helpotusta, selitystä ja apua elämäänsä sairauden keskellä ja oppia tunnistamaan syyt ja seuraukset häiriön takana.

⁸² Vähäkylä, L. (2004). *Mieli keinussa*. Helsinki: Kirjapaja (s.66).

7 LÄHTEET

Achte, K. & Tamminen, T. (1997). Psykoosin hoidosta käytännön lääkärin kannalta. Teoksessa psykoosi ja sen hoito. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Aho, T., Isometsä, E., Mattila, M., Jousilahti, P., & Tala, T. Masennus (depressio).

Haettu 1.10.2009, sivustolta Käypähoito internetosoite:

www.kaypahoito.fi

Artikkelin tunnus khp00044. Viitattu helmikuu 2010.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Evans, A. Mannerheimin Lastensuojeluliiton lapsiraportti A44.

Fine, R. 1975. Psychoanalytic psychology. New York: Jason Aronson.

Freud, A. 1969. Mielen suojautumiskeinot. Alkuperäisteos: The Ego and the Mechanisms of Defence. Suomentanut Kai Kaila. Helsinki: Weilin + Göös.

Frosh, S. 1987. The Politics of Psychoanalysis: an introduction to Freudian and post

Freudian theory. Julkaisija: Macmillan education LTD.

Hardwick, N. 1999. Hullun lailla. Alkuperäisteos: I'm still here- an unsuccessful suicide note. Suomentanut Juhani Lindholm. Helsinki: Otava.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Huttunen, M. 2004. Lääkkeet mielen hoidossa. Tampere: Tammer-paino Oy.

ICD-10-tautiluokitus. Haettu 19.3.2010, sivustolta Terveysportti.

Internetosoite: <http://www.terveysportti.fi/terveysportti/icd10.koti>

Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. (2001). Skitsofrenia.

Teoksessa Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim (s.58-59).

Isometsä, E. (2001). Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt Teoksessa Psykiatria (2., uud, p.) Helsinki: Duodecim.

Järvinen, P. & Järvinen, A. 2000. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpajan kirja (s. 153–163).

Kirmanen, T. 1999. Haastattelu lapsen ja aikuisen kohtaamisena - kokemuksia lasten pelkojen tutkimuksesta. Teoksessa Ruoppila, I., Hujala, E., Karila, K., Kinon, J., Niiranen P. & Ojala, M. (toim.) Varhaiskasvatuksen tutkimusmenetelmiä (s. 94-217). Jyväskylä: Atena.

Kristeri, I. 2009. Manian varjossa. Helsinki: Kirjapaja.

Laitinen, J. 1981. Psykoanalyysin tieteenfilosofisia näkökohtia. Helsinki.

Latomaa, T. 2000. Psykologinen ymmärtäminen; Psykodynaamisen metapsykologisen ja näyttämöllisen ymmärtämisen perusteet. Oulun Yliopisto.

Latomaa, T. 2010. Psykologisen elämäkertatutkimuksen kurssin muistiinpanot [PowerPoint-esitys]. Oulun yliopisto.

Luhtasaari, S. Kognitiivinen lyhytpsykoterapia. Haettu 19.5.2005, sivustolta Terveyskirjasto.

Internetosoite: www.terveyskirjasto.fi

Artikkelin tunnus ama00034. Viitattu helmikuu 2010.

Kangas, R. 16.9.2004. Haettu 14.2.2013, sivustolta Mielenterveysyhdistys Helmi ry.

Internetosoite: http://www.mielenterveyshelmi.fi/?netti-helmi_35

Kristeri, I. (2009). Manian varjossa. Helsinki: Kirjapaja.

Miller, A. 1988. Karkotettu tieto. Alkuperäisteos: Das verbannte Wissen. Suomentanut Oili Suominen. Porvoo-Helsinki-Juva: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Myllerniemi, J. 2009. Masennus- psyyken kipu. Helsinki: Kirjapaja.

Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen aineiston arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä, K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus.

Pitkäranta, A. 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle. Työkirja. Satakunnan AMK.

Psykoosi ja sen hoito.1997. Toimittanut Kalle Achte ja Tapani Tamminen. Jyväskylä: Gummerus.

Psykologian sovelluksia.1969. Toimittanut Kalevi Takala. Helsinki: Weilin + Göös.

Punamäki, R-J. 2003. Kiintymyssuhteen ja traumaattisen kokemuksen välinen yhteys teoksessa Sinkkonen, J ja Kalland, M. (Toim.) Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen (s. 184). Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Pyörälä, E. 1995. Kvalitatiivisen tutkimuksen metodologiaa. Laadullisen tutkimuksen risteysasemalla. Leskinen, J. (toim.) Kuluttajatutkimuskeskus. Helsinki.

Rechardt, E ja Ikonen, P. 1977. Psykoanalyttinen tulkinta. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö.

Roos J.P. 1987. Suomalainen elämä. Tutkimus tavallisten suomalaisten elämäkertoista. Hämeenlinna: SKS.

Schalin, Lars-Johan. 1969. Psykoanalyttinen psykoterapia. Teoksessa Takala, K (Toim.) Psykologian sovelluksia. Helsinki: Weilin+ Göös.

Sandelowski, M. 1995. Sample size in qualitative research. Research in Nursing and Health. 18 (s. 179-183).

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku: Yliopistopaino.

Soininen, M. 1991. Kasvatustieteellisen evaluaation perusteet. Turun yliopisto, täydennyskoulutuskeskus.

Syrjälä, L. 2001. Tarinat ja elämäkerrat tutkimuksessa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin (s. 203-217). Jyväskylä: PS-Kustannus.

Toivio, T & Nordling, E.2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Toskala, A.(Toim.) 1993. Kognitiivinen psykoterapia. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-4. painos.
Helsinki: Tammi.

Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. Kasvatus 22, 5-6,
(s. 387-398).

Tähkä, V. 1993. Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen. Helsinki: WSOY.

Uusitalo, L. 1991. Oma etu vai yhteinen hyvä? Ympäristötietoisuuden ja toiminnan
ristiriita. Ympäristö yhteiskunnallisena ongelmana. Teoksessa Massa, I. &
Sairinen, R. (toim.) Ympäristökysymys. Ympäristöuhkien haaste
yhteiskunnalle. Helsinki: Gaudeamus.

Veijola, J.1996. Aikuisiän mielenterveys ja lapsuudenkokemukset. Turku.

Vähäkylä, L. 2004. Mieli keinussa. Helsinki: Kirjapaja.

Whybrow, P. 1997. Mielen naamiot - depressio, mania ja muut mielialahäiriöt. Helsinki:
Otava.

LIITE 1

HAASTATTELU-/KYSYMYSRUNKO

ALOITUS

- Tämän haastattelun aikana pyri siihen, että kerrot elämästäsi kaiken sellaisena, kuin olet sen *itse* kokenut. Millaisena sen muistat, koet ja tunnet olleen.
- Kerrotko aluksi hieman itsestäsi. (ainakin ikä)
- Millaiset tuntemukset sinulla on tässä haastattelua aloittaessa?
- Ohjeistus: Mikäli et halua vastata johonkin kysymykseen, ei tarvitse. Pyrimme etenemään haastattelussa melko lineaarisesti, mutta jos sinulle tulee mieleen jotain edellisiin vastauksiisi liittyvää (lisäystä, korjausta), kehoitamme sinua mainitsemaan siitä.
- Tauon pitäminen kesken haastattelun on mahdollista, samoin voit missä kohdassa tahansa keskeyttää tai kysyä, jos et ymmärrä kysymyksiä.

NYKYHETKI

- kerrotko tämän hetkisestä elämäntilanteestasi omin sanoin. (miten tyytyväinen olet siihen, miltä se tuntuu, mitä siitä ajattelet, mikä siinä on parasta ja mikä huonointa, mitä teet?)
- mitkä ovat juuri tämänhetkisen elämänvaiheesi keskeisimpiä asioita?
- miten nykyinen elämäntilanteesi eroaa aiemmista vaiheista elämässäsi? entä mitä samaa niissä on?

LAPSUUS

Aloitetaan Lapsuus-vaiheen käsittely varhaisimmista muistikuvistasi lapsuudessasi ja siirrytään siitä sitten eteenpäin.

VARHAISET MUISTIKUVAT

- mikä on varhaisin/varhaisimmat muistikuvasi lapsuudessa? mitä siinä/niissä tapahtuu?
- minkä ikäinen olet siinä/niissä muistikuvassa?
- onko/ovatko muisto positiivis- vai negatiivissävytteinen?
- miksi?

PERHE(SUHTEET)

- ketä lapsuuden perheeseen kuului?
- kuvaile perheenjäseniäsi.
- kuinka läheinen olit kunkin perheenjäsenesi kanssa?
- mitä sinulla oli tapana tehdä perheesi kanssa?
- millainen merkitys lapsuuden perheelläsi oli sinulle?

ELINYMPÄRISTÖ

- muuttiko perheesi sinä aikana, kun olit alle kouluikäinen? miten koit sen? miksi?
- millainen oli elinympäristö, jossa asuit?
- oliko sinulla kavereita siellä? millaisia?
- mitä teit kavereidesi kanssa? millaisia leikkejä leikitte ja millaisella porukalla?

- koitko jonkinlaista kiusaamista kavereidesi tai muiden lasten taholta? miltä se tuntui?
- millainen merkitys ennen kouluikää olevilla kavereillasi oli sinulle?

TERVEYS

- tapahtuiko terveydentilassasi jotain muutoksia lapsuudessa, pieniä tai suuria?
- miten koit ne? miten muutokset vaikuttivat sen hetkiseen elämääsi?

KASVUYMPÄRISTÖ

- millainen oli kasvuympäristösi, jossa kasvoit?
- koitko kasvuympäristösi olevan enemmän salliva vai kieltävä? saitko siis tehdä vapaasti asioita vai noudatitko useita eri sääntöjä, esim. kotiintuloaikoja tms?
- käytettiinkö kotonasi kurinpidollisia menetelmiä? millaisia? millaisissa tilanteissa? kuinka usein sait kurinpitoa?
- miltä sinusta lapsena tuntui kodissa vallitsevat säännöt, kiellot ja kurinpidolliset menetelmät? olisitko tehnyt jotain toisin? mitä ja miten?
- olitko päiväkodissa, perhepäivähoidossa tms. ennen koulun aloittamista?
- millaista siellä oli?

PERSOONA

- millainen lapsi olit luonteeltasi?
- millaisia hyviä muistoja sinulla on lapsuudesta?
- millaisia huonoja muistoja sinulla on lapsuudesta?
- millä muutamalla sanalla kuvailisit lapsuuttasi, millainen se pääosin oli? (onnellinen tai ahdistava tai kiireinen tai masentava tms?)
- *[vertaa oman lapsuutesi aikaa nykypäivän lapsuusaikaan. mitä eroja tai yhtäläisyyksiä mielestäsi ns. entisajan, eli oman lapsuusaikasi, ja nykyajan lapsuusaikojen välillä on?]*
- tapahtuiko terveydessäsi muutoksia lapsuusaikana? millaisia? miten koit ne? miksi?

- kerro vielä omin sanoin lapsuudestasi –tiivistä kertomasi ja/tai kerro asioita ja tapahtumia, joita ei näiden kysymysten myötä tullut ilmi.
- minkä ikäinen olit, kun aloitit koulunkäynnin?

... olisiko sinulla jotain muuta lapsuuteen liittyvää, jota haluaisit kertoa tai jotain, mitä haluaisit lisätä tai korjata jo keskusteltuihin asioihin?

Puhutaan seuraavaksi lapsuusaikasi koulunkäynnistä.

KOULUNKÄYNTI

- millä mielellä odotit koulun aloittamista?
- minkä ikäinen olit, kun aloitit koulunkäynnin?
- kerro omin sanoin koulun aloittamisesta. miltä se tuntui? mitä odotuksia sinulla siitä oli? petyitkö vai olitko yllättynyt jostain iloisesti? miksi?
- millaista koulussa käyminen lapsuusaikana mielestäsi oli?
- mistä pidit eniten koulussa?
- missä olit hyvä? entä huono?
- piditkö yleisesti ottaen koulunkäynnistä? miksi?
- millaisia koulusi opettajat olivat? millainen merkitys heillä oli sinulle? miksi?
- mikä oli tulevaisuuden toiveammattisi lapsuudessa? miksi juuri se ammatti?

YSTÄVYYYS

- kerro kouluaikaisista ystävyysuhteistasi. erosivatko ne jollain lailla ystävyysuhteista, joita sinulla oli ennen koulun aloittamista? millä tavalla?
- kuinka tärkeitä ystävyysuhteesi sinulle olivat kouluaikana?
- millainen merkitys niillä oli sinulle? oliko merkitys suurempi tai pienempi kuin alle kouluikäisenä?
- millaiset olivat suhteesi vanhempiisi peruskouluaikana?
- mitä harrastuksia sinulla oli? olivatko ne ohjattuja vai vapaita vai molempia? millainen merkitys harrastuksilla oli sinulle kouluiässä?

- *[kuinka suureksi tai pieneksi arvioisit harrastustesi merkityksen itsellesi ystävyssuhteiden luomisen ja pitämisen kannalta? miksi?]*

NUORUUS

Seuraavaksi käsittelemme nuoruusaikaasi ja siihen liittyviä elämänalueita.

- milloin mielestäsi lapsuutesi loppui ja nuoruutesi alkoi, minkä ikäisenä?
- minkä yksittäisen tai useamman asian tai tapahtuman perusteella voit todeta lapsuuden loppuneen ja nuoruuden alkaneen?
- millaisena koit nuoruuteen siirtymisen? (oliko se enemmän pelottavaa vai enemmän innostavaa tms.?)
- mitä nuoruus toi sinulle tullessaan –lapsuuteen verrattuna?

TERVEYS

- tapahtuiko terveydessäsi muutoksia nuoruusiässä? millaisia? miltä se tuntui?
- millä tavalla muutos vaikutti sen hetkiseen elämääsi?

YSTÄVYYS

- muuttuivatko ystävyssuhteesi jollain lailla lapsuusajoista? millä tavalla?
- kuinka tärkeitä ystävyssuhteesi nuoruudessa sinulle olivat? oliko ystävien merkitys nuoruudessa eri kuin lapsuudessa? millä tavalla?
- mitä harrastuksia sinulla oli nuoruudessa? koitko nuoruusiässä harrastusten merkityksen olevan eri kuin lapsuusiässä?
- *[kuinka suureksi tai pieneksi arvioisit nuoruusiän harrastusten merkityksen ystävyssuhteiden luomisen ja niiden pitämisen kannalta?]*

PARISUHTEET

- milloin huomasit ensimmäisen kerran olevasi kiinnostunut ihmisistä seurustelumielessä?
- milloin aloitit seurustelun?
- kerro ensimmäisestä seurustelusuhteestasi: millaista se oli? millaisena koit sen? mikä siinä oli parasta? entä pahinta? kuinka kauan seurustelusuhte kesti? haluatko kertoa, miksi suhte päättyi? millaisena koit eron? entä millaisena nyt vanhempana muistelet kaikkea tähän ensimmäiseen seurustelusuhteeseen liittyviä asioita?
- kerro muista nuoruudenaikasi seurustelukokemuksistasi.
- muuttivatko erot elämääsi, ajatuksiasi tms. jollain lailla? miten? koitko muutosten olevan hyvä vai huono asia?
- vaikuttivatko seurustelusi jollain tavalla ystävyssuhteisiisi? miten?
- *[koitko, että nuoruusajan ystävyssuhteesi muuttuivat, kun aloitit seurustelun? millä tavalla?]*
- *muuttuiko ystävyssuhteidesi merkitys sinulle seurustelun aloitettuasi? millä tavalla?]*

KOULUNKÄYNTI

- millaista koulunkäynti oli nuoruudessa?
- mistä pidit eniten koulussa? entä vähiten?
- missä olit hyvä? entä huono?
- kerro yleisestä suhtautumisestasi koulunkäyntiin nuoruudessa?
- koitko koulunkäynnin merkityksen sinulle eri tavalla nuoruudessa kuin lapsuudessa? millä tavalla?

PERHE(SUHTEET)

- ketä nuoruuden perheeseesi kuului?
- (kuvaile mahdollisia uusia perheenjäseniäsi.)
- kuinka läheinen olit nuoruudessa kunkin perheenjäsenesi kanssa?
- mitä sinulla oli tapana tehdä perheesi kanssa?

- millainen merkitys perheelläsi oli sinulle nuoruudessa verrattuna lapsuuteen?
- millaiset suhteesi vanhempiisi olivat nuoruudessa? millä tavalla se erosi lapsuudenaikaisista suhteista?

URA

- kerro nuoruuden ammatinvalintapohdintoistasi. mitä koulutussuuntauksia ja ammattivaihtoehtoja pohdit? miksi juuri nämä vaihtoehdot kiinnostivat sinua?
- minkä urahaaveen lopulta valitsit itsellesi mieleisimmäksi? mitkä seikat vaikuttivat juuri tämän ammattihaaveen valintaan?
- vaikuttivatko tähän päätökseen esim. jotkin terveydelliset rajoitteet?
- oliko ystävillä ja heidän mielipiteillään tai heidän omilla ammatinvalinnoillaan merkitystä päätökseesi? millaista? miksi?
- mitä teit peruskoulun jälkeen? kerro siitä.

ARVOMAAILMA

Nuoruuteen ja siinä tapahtuvaan persoonalliseen kehitykseen kuuluu kritisointi ja omien mielipiteiden ja näkemysten muodostuminen.

- kuvaile nuoruuden arvomaailmaasi. mitä asioita pidit suuressa arvossa ja mistä et juurikaan välittänyt? miksi?
- miten näit maailman? oliko se oikeudenmukainen, julma, epäreilu tai reilu tms.? miksi?
- kerro nuoruusajan suhtautumisestasi uskonasioihin. olitko uskonnollinen? minkä uskonnon ajattelit olevan lähimpänä itseäsi? miksi?

VARHAISAIKUISUUS

Laillisestihan ihmisestä tulee Suomessa aikuinen silloin, kun hän täyttää 18 vuotta. Puhummekin nyt varhaisaikuisuudesta eli nuoruuden ja aikuisuuden siirtymävaiheesta.

- mitä sinulle merkitsi se, kun täytit 18 vuotta?

- toiko se jonkinlaisia muutoksia elämääsi? mitä? miten koit nämä muutokset?
- milloin koit olevasi enemmän aikuinen kuin nuori? jonkin tapahtuman myötä?
- mitä muistat täysi-ikäisyyden sinulle tuoneen, lisää velvollisuuksia, vastuuta, vapautta, yksinäisyyttä, itsenäisyyttä tms?
- muuttuivatko ystävyssuhteesi täysi-ikäisyyteen siirryttyäsi? millä tavalla?

TERVEYS

- tapahtuiko terveydessäsi muutoksia varhaisaikuisena? millaisia?
- miten koit muutokset? miten ne vaikuttivat sen hetkiseen elämääsi?

PARISUHDE

- olitko parisuhteessa tai aloititko parisuhteen varhaisaikuisuuden aikana? kerro siitä/niistä.
- mitä vaikutuksia parisuhteella/sen olemattomuudella oli sen hetkiseen elämääsi?

URA

- kerro varhaisaikuisuuteesi liittyvistä urapohdinnoistasi. olitko tässä vaiheessa jo valmistunut koulusta vai olitko jo ollut työelämässä jonkin aikaa vai olitko vielä koulussa? millainen oli varhaisaikuisuudessa urahaaveesi? muuttuiko urahaaveesi nuoruuden mietinnöistä? millä tavalla? mitkä seikat vaikuttivat juuri tämän ammattihaaveen valintaan?
- vaikuttivatko tähän päätökseen esim. jotkin terveydelliset rajoitteet?
- oliko ystävillä ja heidän mielipiteillään tai heidän omilla urapohdinnoillaan merkitystä päätökseesi? millaista? miksi?

ARKINEN ELÄMÄ

- millaisia olivat varhaisaikuisuudessa normaalit arkipäiväsi? mistä asioista ne koostuivat?
- millaisena koit yleisesti elämäsi olleen varhaisaikuisuudessa? miksi?

- mitä mieltä olit yleensäkin elämästä ja yhteiskunnasta varhaisaikuisuudessa? mikä maailmassa tai elämässä oli mielestäsi reilua ja mikä epäreilua? miksi?

PERHESUHTEET

- millaiset olivat suhteesi ja välisi lapsuuden perheesi jäseniin? koitko niiden olevan erilaiset kuin lapsuudessa tai nuoruudessa? millä tavalla? hyvässä vai huonossa mielessä?
- kuinka läheinen olit varhaisaikuisuudessa kunkin lapsuuden perheenjäsenesi kanssa?
- oliko sinulla varhaisaikuisuudessa muuta perhettä kuin lapsuudenperhe?
- mitä sinulla oli tapana tehdä lapsuuden (ja oman) perheesi kanssa?
- millainen merkitys lapsuuden perheelläsi oli sinulle tässä iässä?
- millaiset suhteesi vanhempiisi olivat varhaisaikuisuudessa? millä tavalla se erosi nuoruudenaikaisista suhteista?
- mitkä olivat varhaisaikuisuudessa ajatuksiasi yleensä ottaen *perheestä*? (haaveilitko omasta perheestä?)

YSTÄVYYYS

- muuttuivatko ystävyyssuhteesi jollain lailla nuoruusajoista? miten ja miksi?
- kuinka tärkeitä ystävyyssuhteesi varhaisaikuisuudessa sinulle olivat? oliko ystävien merkitys varhaisaikuisuudessa eri kuin nuoruudessa? millä tavalla? entä millainen vaikutus ystävilläsi oli sinuun varhaisaikuisuudessa?
- mitä sinulla oli tapana tehdä ystäviesi kanssa?

TYÖ

- olitko varhaisaikuisuudessa jo työelämässä? (mikäli vastaus on kyllä, seuraavat kysymykset:)
- kerro työpaikoista, joissa olit ja työtehtävistäsi siellä.
- mitä mieltä olit työpaikoistasi ja työtehtävistäsi? entä työtovereistasi?
- millainen merkitys töillä oli sinulle?

- mikä oli työssä mielisintä? entä ikävintä?
- kauanko työskentelit (jossain paikassa)? entä seuraavassa?

AIKUISUUS

- Mistä koet aikuisuutesi alkaneen?
- Mitä aikuisuus sinulle tarkoittaa, mitä se merkitsee, miten se poikkeaa nuoruudesta/varhaisaikuisuudesta?
- Muuttuiko lähipiirisi aikuisuudessa verrattuna nuoruuteen/ varhaisaikuisuuteen?

TERVEYS

– tapahtuiko terveydessäsi muutoksia aikuisena? millaisia?

- miten koit muutokset? miten ne vaikuttivat sen hetkiseen elämääsi?

PARISUHDE

- olitko parisuhteessa tai aloititko parisuhteen aikuisuuden aikana? kerro siitä/niistä.
- mitä vaikutuksia parisuhteella/sen olemattomuudella oli sen hetkiseen elämääsi?

URA

- kerro aikuisuuteesi liittyvistä urapohdinnoistasi. olitko tässä vaiheessa jo valmistunut koulusta vai olitko jo ollut työelämässä jonkin aikaa vai olitko vielä koulussa?
- millainen oli aikuisuudessa urahaaveesi? mitkä seikat vaikuttivat juuri tämän ammattihaaveen valintaan?
- Jos olit jo työelämässä/ koulussa, millaisena koit siellä toimimisen? Vastasiko työ haaveitasi? Millaisena koit koulussa/ työelämässä toimimisen? Mitkä asiat olivat hyviä, mitkä huonoja?
- vaikuttivatko tähän päätökseen esim. jotkin terveydelliset rajoitteet?

- mitkä asiat olivat sellaisia, että koet niiden vaikuttaneen uraasi?

ARKINEN ELÄMÄ

- millaisia olivat aikuisuudessa normaalit arkipäiväsi? mistä asioista ne koostuivat?
- millaisena koit yleisesti elämäsi olleen aikuisuudessa? miksi?
- mitä mieltä olit yleensäkin elämästä ja yhteiskunnasta varhaisaikuisuudessa? mikä maailmassa tai elämässä oli mielestäsi reilua ja mikä epäreilua? miksi?

PERHESUHTEET

- millaiset olivat suhteesi ja välisi lapsuuden perheesi jäseniin? koitko niiden olevan erilaiset kuin lapsuudessa, nuoruudessa tai varhaisaikuisuudessa? millä tavalla? hyvässä vai huonossa mielessä?
- kuinka läheinen koet olevasi aikuisuudessa kunkin lapsuuden perheenjäsenesi kanssa?
- onko sinulla aikuisuudessa muuta perhettä kuin lapsuudenperhe?
- mitä sinulla on tapana tehdä lapsuuden (ja oman) perheesi kanssa?
- millainen merkitys lapsuuden perheelläsi on sinulle tässä iässä?
- millaiset suhteesi vanhempiisi ovat aikuisuudessa? millä tavalla se eroaa nuoruudenaikaisista suhteista?
- mitkä olivat aikuisuudessa ajatuksiasi yleensä ottaen *perheestä*? haaveiletko omasta perheestä, ja jos sinulla sellaista on, millaisena koet sen merkityksen itsellesi?

YSTÄVYYYS

- muuttuivatko ystävyyssuhteesi jollain lailla nuoruusajoista? miten ja miksi?
- kuinka tärkeitä ystävyyssuhteesi aikuisuudessa sinulle ovat? onko ystävien merkitys aikuisuudessa eri kuin nuoruudessa? millä tavalla? entä millainen vaikutus ystävilläsi on sinuun nykyään?
- mitä sinulla on tapana tehdä ystäviesi kanssa?

TYÖ

- oletko työelämässä? (mikäli vastaus on kyllä, seuraavat kysymykset:)
- kerro työpaikastasi ja siitä, mitä tehtäviä se käsittää?
- mitä mieltä olet työpaikastasi ja työtehtävistäsi? entä työtovereistasi?
- millainen merkitys töillä on sinulle?
- mikä on työssä mieluisinta? entä ikävintä?

LOPETUS

- haluatko vielä keskustella jostain?
- onko sinulla tarkennuksia tai haluatko lisätä jotakin johonkin kohtaan?
- millainen se elämä on ollut, tiivistettynä?
- miten näet tulevaisuuden? mitä haaveita sinulla on siitä? entä tulevaisuuden suunnitelmia?

NAUHURI POIS

- jälkikeskustelu: miten haastattelu mielestäsi meni? miltä sen tekeminen tuntui? haluatko nähdä lopputuloksen? jos sinulle tulee jotain sanottavaa tai korjattavaa vastauksiisi liittyen mieleen, voit laittaa sähköpostia meille. Kiitos!